

RELAZIONE QUESTIONARIO

1) Quanti anni hai e dove risiedi?

A questa prima domanda, i partecipanti al sondaggio hanno una età compresa tra i 18 ed i 66 anni. La cosa che subito mi è saltata all'occhio è il fatto che, in questa occasione, nessuno aveva una età inferiore ai 18 anni; questo significa davvero poco rispetto alle persone che manifestano o hanno manifestato un DCA, tuttavia avendo letto come l'insorgenza, in particolare, dell'anoressia nervosa possa avvenire durante la fase adolescenziale, mi sarei aspettato la compilazione del questionario da parte anche di ragazze non ancora maggiorenti. Logicamente il range di persone che hanno risposto è molto ampio, in quanto include anche i familiari di persone con DCA. Per quanto concerne la dislocazione geografica dei partecipanti, alcune percentuali vedono le regioni maggiormente abitate, avere anche un numero elevato di adesioni al questionario, ma ci sono anche dei dati che vanno contro corrente, come L'Umbria, la Liguria o la Sardegna. In questo caso, ho riflettuto sul fatto che forse, la maggiore adesione, in percentuale, degli abitanti di queste regioni rispetto al dato generale nazionale, sia dovuto alla partecipazione dei soggetti a vari corsi o seminari svolti in queste regioni dall'associazione il Bucaneve.

2) A che età è insorto il disturbo alimentare?

In base alle risposte ottenute nel sondaggio, che mostrano una insorgenza del disturbo in età adolescenziale, in uno dei libri che ho letto, questo dato viene confermato e nel caso dell'anoressia nervosa, questo è un disturbo che insorge tipicamente in una fase dello sviluppo che va dall'adolescenza alla prima età adulta; l'età più comune è intorno ai 15 anni, ed è difficile che insorga dopo i 25 anni. L'AN è di tipo restrittivo oppure si osserva una AN con abbuffate ed eliminazione che ha molte similarità con la bulimia nervosa. L'esordio della BN è più tardiva rispetto alla AN. L'AN può essere una fase di passaggio che dura pochi mesi (casi di esordio recente di an.ner.) o può persistere fino all'età adulta. Nella popolazione clinica il 40% dei casi continua dopo 4 anni (casi comuni di an.nerv.) (Deter ed Herzog , 1994), mentre in casistiche di comunità di casi trattati e non trattati circa i 2/3 sono completamente guariti dopo cinque anni (Keski-Rahkonen et al., 2007). Oltre la metà dei casi può trasformarsi in una forma bulimica (Anderluh Eta L., 2008). La fase bulimica può essere un semplice fase transitoria, durante il recupero del peso o può evolvere in un problema persistente, pertanto la gestione della BN deve essere trattata al pari della AN. La BN si trasforma in AN meno raramente, ed il decorso può essere protratto nel tempo, questo sta ad indicare che la presentazione clinica dei disturbi dell'alimentazione può essere molto confusa. Spesso i casi non rispecchiano i criteri diagnostici e nel corso della vita si osserva una transizione da una forma di DCA ad un'altra (Fairburn & Harrison, 2003; Anderluh et al, 2008). Tali affermazioni sono confermate in parte dalle risposte delle partecipanti al questionario le quali affermano come nel corso del tempo il personale disturbo dell'alimentazione sia passato, da una prima fase di anoressia nervosa, ad un disturbo di tipo bulimico, oppure un alternarsi di fasi anoressiche e bulimiche. Questo appunto sta a dimostrare come, non necessariamente, l'insorgere di una specifico disturbo resti invariato nel tempo. Ulteriori indicazioni arrivano dalle informazioni fornite da Christopher G. Fairburn (2008) il quale spiega che per quanto concerne i disturbi dell'alimentazione, dei quali fanno parte l'anoressia nervosa la bulimia nervosa e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS), la prevalenza delle 3 diagnosi vede il Nas quella più comune che compare nel 50-60% delle pazienti adulte, segue la bulimia nervosa, che compare nel 30% circa dei casi ed infine le meno comune è l'anoressia nervosa, che compare nel restante 10-15%. Tra gli adolescenti la diagnosi che sembra più comune è quella dei disturbi dell'alimentazione NAS. Per quanto riguarda quest'ultimo disturbo è importante distinguere tre sottogruppi: il primo comprende quei casi che somigliano molto all'anoressia nervosa o alla bulimia nervosa ma non ne soddisfano i criteri diagnostici, inoltre, il peso corporeo può essere leggermente superiore alla soglia per far sì che si possa diagnosticare l'anoressia nervosa, oppure la frequenza delle abbuffate potrebbe essere troppo

bassa per una diagnosi di bulimia nervosa. Il secondo, che è il più ampio sottogruppo comprende i casi definiti misti, in cui le caratteristiche cliniche dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa presentano una combinazione diversa da quella tipica dei due disturbi. Le pazienti con disturbi da alimentazione incontrollata formano il terzo più ristretto sottogruppo. Recentemente è stata suggerita una nuova ipotesi diagnostica per quelle pazienti che presentano un frequente utilizzo di comportamenti eliminativi in assenza di abbuffate (purging disorder). Un'altra diagnosi che per completezza deve essere menzionata è la sindrome da alimentazione notturna (NES), e si riferisce ad una condizione clinica durante la quale si verificano ricorrenti risvegli notturni accompagnati da ingestione di alimenti. A differenza di quello che accade ai soggetti che soffrono di disturbi del sonno, l'alimentazione nel disturbo da alimentazione notturna si verifica mentre la persona è totalmente sveglia; di solito queste persone mangiano relativamente poco durante il giorno. Anche il libro relativo alla teoria cognitivo comportamentale presenta informazioni simili al testo redatto da J. Treasure et al., in particolare per quanto riguarda l'età di comparsa della anoressia nervosa e bulimia nervosa, oltre a fornire ulteriori informazioni in merito ai disturbi del comportamento alimentare; Fairburn specifica che l'anoressia nervosa di solito inizia a metà della adolescenza ed esordisce con delle restrizioni dietetiche che divengono progressivamente più estreme ed inflessibili e, di conseguenza, producono un dimagrimento che induce un sottopeso significativo. La bulimia nervosa ha una età di insorgenza leggermente posteriore, tipicamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta; in circa un quarto dei casi anche i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa sono soddisfatti per almeno un periodo della malattia. Spesso le pazienti si presentano con una storia ininterrotta di 8 anni o più di disturbo; inoltre 5-10 anni dopo l'esordio, tra un terzo e la metà di esse è presente ancora un disturbo di entità clinica, anche se in molti casi è mutato da bulimia nervosa a una forma mista di disturbo dell'alimentazione Nas. Per quanto riguarda appunto i disturbi dell'alimentazione Nas, come nella bulimia nervosa, molti pazienti si rivolgono al terapeuta in adolescenza o tarda adolescenza dopo aver convissuto a lungo con il disturbo. Una percentuale compresa tra il 25% e il 35% di esse presentava in passato bulimia nervosa o anoressia nervosa. **Per quanto concerne il disturbo da alimentazione incontrollata molte delle pazienti sono di mezza età ed un terzo o più sono maschi. Questo profilo è abbastanza diverso rispetto agli altri tipi di disturbo di alimentazione che di solito sono adolescenti o giovani adulti di sesso femminile. Il disturbo da alimentazione incontrollata tende inoltre ad essere intermittente più che costante in quanto lunghi periodi in cui i soggetti sono propensi ad abbuffarsi sono intervallati da brevi periodi durante i quali riescono a controllare la loro alimentazione.** Quindi, in sintesi, un aspetto sorprendente è che i pazienti tendono a migrare da una condizione diagnostica all'altra, mentre solo un piccolo gruppo di pazienti mantiene un pattern clinico costante. La maggior parte migra tra le diagnosi dei disturbi dell'alimentazione; Questo non è casuale, infatti dimostra che, i disturbi dell'alimentazione tendono a esordire con la restrizione dietetica cognitiva e calorica ma il controllo delle pazienti sull'alimentazione in genere si interrompe e si sviluppano le abbuffate; di conseguenza coloro che soddisfano i criteri per l'anoressia nervosa tendono a farlo precocemente nel corso del disturbo e poi migrano verso la bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione nas, mentre coloro che soddisfano i criteri per la bulimia nervosa o i disturbi dell'alimentazione NAS si muovono tra i due disturbi. Quindi s'è visto, si è osservato, che i pazienti hanno una grande quantità di caratteristiche comuni, e gli studi hanno osservato una migrazione tra queste diagnosi; tali considerazioni suggeriscono che c'è un motivo per considerare i disturbi dell'alimentazione come unica categoria diagnostica più che come disturbi separati. Sembra che ci siano meccanismi che portano i pazienti ad avere un disturbo dell'alimentazione, ma non un particolare disturbo dell'alimentazione. Perciò, in base a questi dati, i trattamenti funzionali a questi meccanismi, dovrebbero risultare efficaci con tutti i disturbi dell'alimentazione. Infatti le esperienze con la CBT-E ed i risultati delle ricerche, suggeriscono che questa ipotesi è soddisfacente. In questa tipologia di pazienti è centrale un nucleo psicopatologico con caratteristiche riscontrabili nei vari disturbi alimentazione. L'unica caratteristica presente nella bulimia nervosa che non è una diretta espressione del nucleo psicopatologico è l'abbuffata. La teoria cognitivo comportamentale ritiene che l'abbuffata rientri in quella che è la restrizione dietetica cognitiva, perché le pazienti cercano di aderire in maniera ferrea alle regole alimentari difficili da seguire e quindi può esserci l'impulso spesso inevitabile di trasgredire. Le scivolate alimentari vengono viste come segnali di perdita di controllo, dando il via ad un breve periodo di alimentazione incontrollata; Questo caratterizza il partner alimentare distintivo tipico della bulimia nervosa in cui i tentativi di restrizione alimentare sono interrotti dai ripetuti episodi di abbuffate. Tale condizione mantiene il nucleo psicopatologico, intensificando le preoccupazioni delle pazienti sulla forma del corpo e sul

peso, incoraggiando una maggiore restrizione dietetica ed aumentando così il rischio di successive abbuffate. Queste reazioni sono spesso dovute in risposta a difficoltà della vita o al vivere emozioni negative. Quindi la teoria cognitivo comportamentale della bulimia nervosa può essere estesa a qualsiasi disturbo dell'alimentazione perché sia l'anoressia nervosa che le varie forme di disturbi dell'alimentazione NAS hanno molto in comune con la bulimia nervosa. Si è osservato che anche l'abbuffata non va a far sì che ci sia una distinzione tra la bulimia e l'anoressia o il NAS, in quanto esiste un sottogruppo di pazienti con anoressia nervosa che si abbuffa. La maggior differenza tra anoressia nervosa e bulimia nervosa consiste nel diverso equilibrio che si viene a creare tra la ipocalorizzazione e la sovralimentazione nel suo effetto sul peso corporeo; nell'anoressia c'è un forte sottopeso mentre nella bulimia il peso è più o meno nella norma. Il modello transdiagnostico cognitivo comportamentale, quindi, risulta essere una combinazione delle teorie della bulimia nervosa e delle anoressia nervosa restrittiva, ribadendo il concetto che le varie forme di disturbo alimentare hanno molti aspetti in comune tra di loro.

3) Hai esperienza diretta del disturbo alimentare o sei un familiare/conoscente di una persona con DCA?

Circa i due terzi dei soggetti che hanno risposto a tale domande hanno una esperienza diretta/personale con il disturbo dell'alimentazione, tuttavia, da quello che ho potuto comprendere dalle letture effettuate, quando un soggetto presenta un disturbo dell'alimentazione, tutta la famiglia si ritrova coinvolta, anche indirettamente, in quanto lo stato psichico emotivo e fisico della figlia o figlio spesso avvolge l'intero nucleo familiare. Questo coinvolgimento della famiglia avviene sia dal punto di vista pratico in quanto il figlio o la figlia mettono in atto tutta una serie di comportamenti, che inizialmente (sempre che la famiglia, poi con il tempo, si informi sul disturbo ed attui un comportamento adeguato nei confronti della paziente) sono incompresi dai familiari, in quanto il figlio o la figlia, possono evitare molti cibi, mangiare specifiche quantità di cibo, mangiare in determinati orari, etc. Ma il coinvolgimento è molto intenso anche dal punto di vista psicologico perché queste "nuove regole" o "nuovi pensieri e ragionamenti" del familiare con DCA sono incomprensibili, senza logica e questo può far insorgere, rabbia, paura, senso di colpa nel genitore, il quale pensa sia sua responsabilità se la figlia non mangia o mangia pochissimo, generando forti liti e discussioni, etc; un altro elemento che poi sorge come effetto della condizione del familiare che presenta un disturbo dell'alimentazione è lo stigma sociale, che fa sì che gli stessi genitori, oltre che alla figlia o figlio, evitino di frequentare le proprie tipiche cerchie di amici per non dover dare spiegazioni o non voler sentire certi commenti o domande riferite alle condizioni di salute del proprio caro. mangiare in pubblico può risultare particolarmente difficile, per esempio partecipare a compleanni e altre occasioni di festeggiamento, sono situazioni che possono essere temute già con mesi di anticipo per l'idea di dover mangiare di più e di fronte ad altri

4) Che caratteristiche ha il tuo disturbo alimentare? (Insieme con la domanda 12) Oltre le difficoltà con il disordine alimentare, ci sono altri aspetti nella tua storia personale che hanno generato sofferenza?

Le risposte fornite dai partecipanti al sondaggio mettono in evidenza una ampia presenza delle varie forme di disturbo del comportamento alimentare, che vanno dall'anoressia nervosa (restrittiva o non restrittiva), bulimia nervosa, binge eating, ma anche passaggi da una forma di disturbo ad un altro. A proposito dei possibili vari passaggi da una forma di disturbo ad un altro, molti chiarimenti mi sono stati forniti dal libro sulla teoria cognitivo comportamentale, che spiega approfonditamente i vari disturbi e quali caratteristiche sono comuni tra questi. I disturbi dell'alimentazione sono essenzialmente disturbi cognitivi in quanto l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, e la maggior parte dei disturbi dell'alimentazione NAS condividono un nucleo psicopatologico caratterizzato dall'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso e del loro controllo; questo aspetto è identico nelle femmine che nei maschi (sia che essi siano adolescenti o adulti). Il nucleo psicopatologico si manifesta, nelle pazienti con disturbo dell'alimentazione, in modo diverso, tuttavia la maggior parte dei pazienti è molto preoccupata per il proprio corpo in quanto molte si pesano frequentemente, altre invece, evitano volontariamente di conoscere il proprio peso. Un comportamento anomalo lo si riscontra nei confronti della forma del corpo, infatti molte pazienti controllano, scrutano ripetutamente il proprio corpo, mentre altre evitano volontariamente di guardarsi ritenendosi grasse e disgustose (denigrazione dell'immagine corporea). Molti soggetti con disturbo dell'alimentazione

confrontano costantemente la forma del corpo con quella delle altre, e lo fanno per avere conferma di non essere attraenti, altre sono spaventate dall' aumento di peso e dalla presenza di grasso; la sensazione di essere grasse spesso le porta a pensare di essere realmente grasse, nonostante la loro oggettiva magrezza. Queste preoccupazioni hanno un profondo effetto sul funzionamento sociale e sulle relazioni intime tant'è che la socializzazione può essere difficile oppure si evita totalmente. In un sottogruppo di pazienti, il nucleo psicopatologico assume una forma diversa (non descritta nel DSM-IV), perché, invece di essere presente l'eccessiva valutazione e il controllo della forma del corpo e del peso, si osserva una eccessiva valutazione del controllo alimentare di per sé, anche se le due forme psicopatologiche possono coesistere. Le pazienti presentano uno scarso controllo del corpo, l'evitamento del corpo ed il sentirsi grasse, si sottopongono invece, a diete costantemente intense, (per esempio con un controllo dell'alimentazione), e si impegnano in diverse forme di controllo alimentare (ad esempio il conteggio delle calorie), oppure mettono in atto l'evitamento (ad esempio vi è un evitamento del cibo). Questo profilo è più diffuso tra le giovani paziente nei primi stadi del disturbo e nelle pazienti sottopeso; è inoltre riscontrato nei casi non occidentali. L'alimentazione può essere regolata anche da altre motivazioni, come l'ascetismo, la competitività ed il desiderio di attirare l'attenzione degli altri. Una delle caratteristiche principali del soggetto con disturbo dell'alimentazione è l'estremo tentativo di limitare l'ingestione del cibo (restrizione dietetica cognitiva) che si riscontra in tutte le forme, eccetto che nel disturbo dell'alimentazione incontrollata. I soggetti si sottopongono ad innumerevoli pretese e regole alimentari specifiche, finalizzate a limitare la quantità di cibo ingerita. Di solito, queste regole riguardano: il quando si deve mangiare (per esempio non prima delle 6 di sera); quanto si deve mangiare (per esempio meno di 600 calorie al giorno) ed in particolare cosa si deve mangiare; a tal proposito, molte pazienti hanno una grande quantità di alimenti che non possono ingerire assolutamente (evitamento del cibo), quindi l'alimentazione è ristretta solo a certi cibi. La concentrazione è ridotta alla costante preoccupazione su cibo e all'alimentazione, e per evitare la scelta, mangiano le stesse cose ogni giorno. Alcune devono esattamente sapere da cosa è composto il cibo che stanno mangiando; mangiare in pubblico può risultare particolarmente difficile, per esempio partecipare a compleanni e altre occasioni di festeggiamento, sono situazioni che possono essere temute già con mesi di anticipo per l'idea di dover mangiare di più e di fronte ad altri. Lo sforzo di limitare l'alimentazione fa sì che il paziente può diventare realmente sottopeso, sviluppando di conseguenza gli effetti psicologici e psicosociali negativi della denutrizione o della restrizione. La perdita di peso diviene importante per tre ragioni: alcuni effetti costituiscono una minaccia per la sopravvivenza (per esempio gli effetti cardiovascolari o quelli difficilmente irreversibili come gli effetti sulle ossa); diviene un fattore di mantenimento del disturbo e quindi un incoraggiamento per le pazienti e continuare ad ipoalimentarsi; risulta gravemente invalidante per il buon funzionamento della paziente (ne è un esempio la riduzione della concentrazione, il poco sonno, l'aumento dell'ossessività e l'indecisione). Alcune pazienti, soprattutto le pazienti sottopeso si impegnano in esercizi fisici eccessivi; quest'ultimo come comportamento patologico può avere diverse manifestazioni: 1) una eccessiva attività quotidiana (ad esempio stare in piedi anziché seduta, camminare sul posto)... 2) fare esercizi in modo normale ma con eccessiva intensità, (ad esempio andare in palestra per tre volte al giorno); l'esercitarsi in modo anormale, (ad esempio fare un numero eccessivo di piegamenti o sollevamenti); 4) è presente anche l'esercizio compulsivo in cui la persona ha la sensazione soggettiva di essere spinto o obbligato all'esercizio, dando priorità all'esercizio rispetto ad altre attività come può essere la socializzazione; 5) allenarsi anche quando questo può provocare un danno fisico, per esempio dopo un infortunio, anche se, molte pazienti, riportano che la continua attività fisica viene utilizzata per modulare l'umore.

L'abbuffarsi è un'altra caratteristica peculiare delle pazienti con disturbo dell'alimentazione. L'abbuffata è un episodio di alimentazione in cui viene ingerita una grande quantità di cibo, ed il soggetto sperimenta una sensazione di perdita di controllo. L'abbuffata si riscontra all'interno di vari disturbi dell'alimentazione e, nonostante sia meno comune nell'anoressia nervosa, questa avviene in un contesto di grave restrizione dietetica cognitiva con o senza restrizione calorica. La frequenza varia da 1 a 2 volte alla settimana e svariate volte al giorno e la quantità ingerita per episodio è compresa tra le 1000 e le 2000 kcal. In molti casi l'abbuffata è seguita da comportamenti di compenso come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici. Molte pazienti ritengono l'abbuffata ripugnante e dolorosa mentre altre sostengono che questo aiuta a modulare l'umore. Oltre alle abbuffate oggettive ci sono le abbuffate soggettive in cui le quantità di cibo ingerita non è realmente eccessiva; questo tipo di abbuffata viene riscontrata per la maggior parte delle

volte nei soggetti con anoressia nervosa e possono essere seguite o meno da purging. Anche il purging è un sintomo che si presenta trasversalmente nei disturbi dell'alimentazione ad eccezione del disturbo dell'alimentazione incontrollata; questo può essere compensatorio o non compensatorio. Il primo, è utilizzato per minimizzare gli effetti sul peso di specifici episodi di alimentazione che le pazienti giudicano eccessivi. Se questo non è compensatorio, il comportamento funziona come una routine di controllo del peso simile alla dieta. Infine, esiste una variante del purging che si basa sul continuo sputare il cibo, che tuttavia, può essere visto come un purging non compensatorio. **Per quanto riguarda le pazienti che presentano un disturbo dell'alimentazione incontrollata, queste presentano ricorrenti episodi di abbuffate come per i soggetti con bulimia nervosa, ma le loro abitudini al di fuori di tali episodi sono abbastanza differenti, in quanto presentano, in maniera più simile con i soggetti con obesità, una grande tendenza ad alimentarsi in eccesso durante la giornata, tant'è che per definizione, l'eccessiva restrizione dietetica, il purging e l'eccessivo esercizio fisico non sono presenti nel disturbo da alimentazione incontrollata.** In generale, bisogna fare attenzione per quanto riguarda il peso corporeo dei soggetti che hanno un disturbo dell'alimentazione in quanto la maggior parte di questi presentano un peso del corpo nella norma, dovuto agli effetti dell'ipoalimentazione e delle abbuffate che tendono ad annullarsi a vicenda; di conseguenza, la maggior parte delle pazienti con bulimia nervosa e disturbi alimentazione NAS hanno un indice di massa corporea IMC nella soglia di valori normali, mentre per definizione, le pazienti con anoressia nervosa sono notevolmente sottopeso. **La grande maggioranza delle pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata sono invece sovrappeso e presentano una obesità concomitante. Per quanto riguarda il quadro della psicopatologia generale, si evidenzia come, depressione e ansia sono particolarmente comuni, e sicuramente molte pazienti soddisfano i criteri per un disturbo dell'umore o di ansia.** Le caratteristiche depressive sono particolarmente diffuse tra i pazienti che si abbuffano, mentre i sintomi d'ansia tendono ad essere presenti nelle persone con alti livelli di restrizione alimentare. Nelle pazienti sottopeso le caratteristiche ossessive tendono ad essere marcate ed in parte sono conseguenze del sottopeso. Alcune pazienti manifestano ripetuti comportamenti autolesionistici, possono fare un uso improprio di sostanze, soprattutto l'utilizzo eccessivo di alcol. Inoltre è difficile valutare la personalità dei pazienti con disturbi dell'alimentazione, perché molte delle conseguenze, sono dovute alla presenza del disturbo stesso. Tuttavia, quelle pazienti che presentano azioni di autolesionismo ed abuso di sostanze spesso presentano diagnosi di disturbo borderline della personalità; due tratti di personalità sono ritenuti particolarmente comuni nei soggetti con disturbo dell'alimentazione, il perfezionismo e la bassa autostima.

Riprendendo uno stralcio dedicato a questo argomento dal libro sulla teoria cognitivo comportamentale, si comprende che esiste un ostacolo principale nel limitare la tendenza al sottoporsi ad una dieta di queste pazienti, cioè che esse non lo considerano un problema per una serie di motivi: alcune pazienti si vedono bene nello stare a dieta; anche se le pazienti si vedono fallire nella stare a dieta, ritengono che il fallimento si è dovuto alla loro debolezza piuttosto che considerare le regole come eccessivamente rigide ed estreme; stare a dieta fornisce loro una forte sensazione di mantenere il controllo; la dieta è il loro metodo principale di controllo del peso; per coloro che si abbuffano stare a dieta è uno dei principali mezzi di compensazione; stare a dieta è considerato appropriato, in pazienti che sono state o sono sovrappeso. La loro modalità di stare a dieta gioca un ruolo centrale nel mantenimento dei problemi alimentari e quindi deve essere affrontata se vogliono superarlo. Stare a dieta ha una serie di effetti negativi, tra cui si osserva che è la maggiore causa di preoccupazioni sul cibo e sull'alimentazione; è ansiogeno; riduce la modalità in cui la paziente può mangiare, in quanto l'alimentazione, diviene stereotipata ed inflessibile; è il fattore che maggiormente contribuisce all'innescarsi di abbuffate oggettive o soggettive, poiché molte vedono il proprio stare a dieta come una risposta comprensibile all'abbuffata e come un mezzo di prevenzione di episodi futuri; generalmente la restrizione dietetica cognitiva porta ad abbuffarsi attraverso meccanismi cognitivi piuttosto che fisiologici. La restrizione dietetica cognitiva può condurre alla restrizione dietetica calorica che a sua volta può portare alla perdita di peso o al mantenimento di un peso eccessivamente basso.

Una tipologia di intervento rivolto alle pazienti per cercare di smorzare questo meccanismo, viene fornito dalla CBT-E, la quale, nella sua forma standard, prevede alcune modalità di educazione ed aiuto verso tali pazienti. Il primo si basa sull'educare le pazienti sulla restrizione dietetica cognitiva e le regole alimentari. Le indicazioni principali da fornire sono: 1) La restrizione dietetica cognitiva è un problema se è rigida, cioè se è caratterizzata da regole alimentari altamente specifiche che devono essere seguite per considerare l'alimentazione "sotto controllo"; è questa modalità di stare a dieta che incoraggia le abbuffate. 2) La

restrizione dietetica cognitiva è un problema anche se diviene estrema in uno dei seguenti modi: ci sono molte regole alimentari oppure se queste regole sono impegnative. 3) Questo tipo di restrizione dietetica cognitiva ha conseguenze negative sia che le pazienti abbiano successo nel seguirla sia che non lo abbiano, perché se hanno successo ci saranno molti effetti negativi, in particolare per quanto riguarda il funzionamento psicosociale e la salute fisica. Mentre se non hanno successo, le pazienti sentiranno di aver fallito e forse lo estenderanno nel considerare loro stesse di fallimenti, ed esse stesse, quindi, saranno ancora a maggior rischio di abbuffarsi. 4) Trattare con successo la restrizione dietetica cognitiva è essenziale per rimuovere l'insieme di conseguenze negative che ne emergono e per superare il problema alimentare. Il passo successivo prevede l'identificare le regole alimentari della paziente. Alcune pazienti negano di averne, oppure, tali regole sono così radicate, che le pazienti non ne sono consapevoli. Le regole alimentari variano nel contenuto e comunemente esse comprendono: Cosa mangiare, quando mangiare, quanto mangiare, non mangiare.... più di chiunque altro presente, non mangiare... a meno di non esserselo guadagnato, eccetera. I principi sottostanti alle regole alimentari sono i seguenti: identificare una specifica regola e cosa la sta motivando. Per quanto concerne l'evitamento del cibo, la maggior parte delle pazienti con disturbi dell'alimentazione, tenta di escludere una serie di cibi dalla propria dieta. Questa è generalmente il miglior tipo di regola da trattare per prima, in quanto è semplice nella forma e ragionevolmente facile da individuare. Il primo passo nel trattamento è identificare tutti i cibi evitati. Successivamente, si dovrebbero dividere i cibi in gruppi che si ritiene siano più difficili da mangiare. Durante le settimane successive, le pazienti dovrebbero introdurre questi cibi nella loro dieta, iniziando dai gruppi più facili per poi spostarsi verso i più difficili; come sempre, devono registrare cosa stanno facendo sulle schede di monitoraggio, che vengono fornite dal terapeuta e sulle quali, la paziente, scrive ciò che ha mangiato e le possibili conseguenze fisiche ed emotive che ha provato. L'introduzione sistematica dei cibi evitati dovrebbe continuare finché, le pazienti, non sono più ansiose nel mangiarle. L'obiettivo è affrontare le paure relative a certi cibi così che, dopo, possono liberamente scegliere cosa mangiare. Esse dovrebbero essere in grado di mangiare qualsiasi cibo sulla lista senza sentirsi in colpa o in ansia riguardo all'ingrassare o al potersi abbuffare. Si è osservato che, in un sottogruppo di pazienti si riscontra una valutazione del controllo alimentare in sé, piuttosto che un desiderio di controllare l'alimentazione con lo scopo di influenzare la forma corporea ed il peso. Queste pazienti tendono ad esercitare un livello particolarmente elevato di restrizione dietetica cognitiva e ad avere un ampio numero di regole alimentari. Tendono ad essere molto preoccupate di controllare i dettagli della propria alimentazione perché questo è il loro modo di valutare il grado di controllo che hanno. Per trattare la valutazione eccessiva del controllo alimentare, il terapeuta dovrebbe seguire i principi specificati. La sequenza ottimale della procedura è la seguente: identificare la valutazione eccessiva del controllo alimentare e le sue conseguenze. Promuovere l'importanza di altri domini di autovalutazione. Ridurre l'importanza attribuita al check dell'alimentazione; Si deve scoraggiare il check dell'alimentazione perché mantiene le preoccupazioni relative all'alimentazione ed alle calorie. Esplorare le origini della valutazione eccessiva. Imparare a manipolare lo stato mentale del disturbo dell'alimentazione.

Per le pazienti sottopeso e per quelle che si ipoadimentano con una evidente restrizione calorica, la CBT-E standard subisce qualche modifica, per essere più consona a questa tipologia di pazienti. Fin da subito vengono messi in risalto tre aspetti principali di grande importanza: 1) la restrizione calorica che è costante tra le pazienti sottopeso. 2) essere sottopeso. 3) avere una limitata motivazione al cambiamento (come ho già scritto precedentemente, molte pazienti sottopeso non considerano la loro restrizione dietetica calorica e il loro essere sottopeso come un problema). La CBT-E viene adattata sia nei contenuti che nella sua durata; questo per due ragioni: la prima è dovuta al fatto che servono alcune settimane per generare motivazione al cambiamento; la seconda è che serve molto tempo per raggiungere e mantenere un peso salutare (in pazienti con un IMC tra 15 e 17,5- gruppo sottopeso che si adatta meglio ad una cbt ambulatoriale- il trattamento occupa circa 40 settimane e comprende circa 40 sedute). Le sedute abitualmente sono fissate due volte alla settimana, finché la paziente non sta recuperando peso in modo regolare, dopodiché le sedute diventano settimanali. Nelle ultime fasi del recupero ponderale, le sedute vengono fissate con due settimane e verso la fine del trattamento ogni tre settimane. Il trattamento implica i seguenti passi: 1) Iniziare bene, coinvolgendo le pazienti e mantenendole coinvolte anche successivamente; in questa fase è utile iniziare chiedendo alle pazienti come sono arrivate a cercare un trattamento. Spesso, si presenta una realtà che dimostra come alcune si siano avvicinate alla terapia con riluttanza e sotto la pressione di altri. In questi casi è importante sottolineare che il terapeuta si muoverà solo nel loro interesse e non nell'interesse dei genitori

o degli altri significativi; poi il terapeuta valuterà la natura e l'entità della psicopatologia presente osservando anche ulteriori aspetti secondari del disturbo stesso come le caratteristiche psichiatriche generali (basso tono dell'umore, irritabilità etc) e caratteristiche fisiche (sonno disturbato, mestruazioni assenti o irregolari, etc). Dopo questa valutazione si spiegherà alla paziente come avverrà il trattamento (la natura e lo stile del trattamento, gli aspetti pratici, misurazione del peso in seduta), verrà instaurato l'automonitoraggio in tempo reale, che avverrà durante la seduta iniziale, ed infine si andrà ad assegnare dei compiti a casa, che possono essere di due tipi in questa fase: iniziare il monitoraggio in tempo reale e resistere all'impulso di pesarsi a casa; infine verrà riassunta la seduta e fissato il prossimo appuntamento.

2) Il successivo passo prevede che le pazienti vengano istruite sugli effetti psicologici, sociali e fisici del mantenere un peso molto basso e sugli effetti secondari dell'essere sottopeso che, purtroppo, servono a mantenere il problema alimentare. 3) A questo punto il terapeuta insieme con la paziente va a creare una formulazione personalizzata del progetto terapeutico in cui si evidenzia il contributo negativo degli effetti legati al peso, cioè di come il sottopeso, contribuisca non solo al mantenimento del disturbo alimentare, ma anche su come contribuisce allo sviluppo di altri effetti psicologici: il pensiero è influenzato dall'essere sottopeso, la concentrazione è quasi sempre danneggiata, il pensiero costante sul cibo modifica anche il comportamento, perché le pazienti, restano interessate alla cucina, abbandonando altri interessi, inoltre sviluppano una ossessività intensificata, cioè tendono ad essere rigide ed inflessibili nelle loro abitudini, ed hanno difficoltà ad essere spontanee. Altri effetti sono di tipo sociale perché si ritirano socialmente, oppure evidenziano una perdita di appetito sessuale. Effetti di natura fisica, che coinvolgono cuore e circolazione; ormoni sessuali e fertilità, con una diminuzione della produzione di ormoni sessuali e concomitante sterilità. C'è un deterioramento della forza ossea con l'aumento di osteoporosi e fratture. Dal punto di vista intestinale, l'intestino rallenta e così, anche il cibo si muove lentamente attraverso il suo lume, lo stesso cibo nello stomaco impiega molto più tempo del normale per passare nell'intestino, ed è per questo, che tali persone, hanno una sensazione intensificata di pienezza anche se mangiano poco; può esserci una debolezza o perdita del tono muscolare; puoi iniziare a crescere sul corpo una peluria morbida detta lanugo, soprattutto sul viso, l'addome, la schiena e le braccia; ci può essere anche una perdita di capelli dal cuoio capelluto; c'è una diminuzione della temperatura corporea e le persone sentono molto freddo; il sonno è compromesso dal sottopeso. La formulazione dovrebbe poi prevedere che si inizi a trattare un qualcosa che le pazienti sentono di voler cambiare in modo impellente, come ad esempio le abbuffate. Durante la seduta successiva, il terapeuta e la paziente, dovrebbero rivedere la formulazione con l'obiettivo che questa, capisca come l'essere sottopeso, causa la persistenza del problema alimentare. L'indicazione fondamentale è che, il recupero del peso è essenziale, se vuole superare il problema alimentare. In seguito si inserisce la misurazione e l'educazione del peso, e si danno chiare indicazioni sul peso e relativo IMC attuale e su quello che dovrebbero raggiungere. Poi le pazienti dovrebbero essere pronte a modificare le proprie abitudini alimentari. D'ora in poi si può iniziare, aiutandole a stabilire un pattern di alimentazione regolare. La fase 4 prevede di aiutare le pazienti ad interessarsi ai benefici del cambiamento e alla possibilità di un nuovo inizio. L'obiettivo è quello di far sì che, le pazienti stesse, decidono di riacquistare peso; si utilizza il termine recuperare perché le pazienti lo preferiscono al termine aumentare; inizialmente il terapeuta potrebbe facilmente trovarsi di fronte ad un atteggiamento ambivalente da parte della paziente, la quale da un lato vorrebbe migliorare la sua condizione, ma allo stesso tempo, l'idea di dover compiere determinate decisioni e azioni, potrebbe farla restare riluttante a tale idea. A tal proposito ci sono 5 passi in questo processo: A) creare una tabella di pro e contro sull'attuare il cambiamento. Si chiede alle pazienti di elencare tutti i motivi per cui non vogliono cambiare o sono spaventate del cambiamento, inserendoli in una tabella. Poi, dovrebbero elencare le ragioni per cui pensano di dover cogliere questa opportunità di cambiamento, annotando anche queste (si dovrebbero prendere in considerazione tutti gli aspetti di vita, incluse le relazioni con gli altri, il benessere fisico e psicologico, la performance lavorativa, la capacità di coinvolgersi in attività importanti). Nell'analisi dei pro e contro del cambiamento, i terapeuti dovrebbero portare le pazienti a normalizzare l'esistenza di pensieri ambivalenti riguardo all'ipotesi di cambiamento; B) creare una tabella dei pro e contro sul futuro cambiamento. Il terapeuta dovrebbe chiedere alla paziente, di assumere una nuova prospettiva proiettandosi da qui a 5 anni in avanti e di immaginare come sarebbe la propria vita, con quali progetti ed ambizioni; dopodiché alle pazienti si dovrebbe chiedere se hanno considerato come il problema alimentare influenzerebbe questi progetti e queste aspirazioni e di solito, le pazienti, rispondono che non ci hanno mai pensato. C) Creare una terza tabella delle conclusioni. Questa implica una discussione dettagliata,

passo per passo della seconda tabella della paziente. Il terapeuta deve assicurarsi che la paziente sia focalizzata sul probabile impatto che avrebbe sulle sue aspirazioni, non investire sull'opportunità di fare dei cambiamenti; contemporaneamente è bene rinforzare, se possibile, e amplificare le sue motivazioni dichiarate al cambiamento. D) Aiutare la paziente ad identificare ed accettare le implicazioni di tali conclusioni. Successivamente si prevede una analisi e valutazione di ciò che è stato discusso fino a quel momento. All'inizio, le pazienti tendono a formulare affermazioni del tipo, "se recupero tutto questo peso"... ma lo fanno in modo titubante come se non siano convinte del cambiamento, tuttavia, dopo un po', diventano più decise fino ad arrivare a dire frasi tipo "quando recupererò tutto questo peso"... in questi casi, il terapeuta deve andare a rinforzare ciò che la paziente sta affermando, focalizzandosi su fatto che la paziente abbia deciso di cogliere questa opportunità e di affrontare il proprio problema alimentare così da concedersi un nuovo inizio. E) Saltare il fosso. A questo punto, il terapeuta, dovrebbe fare il passo successivo per conto della paziente, dicendo ad esempio, "penso sia arrivato il momento di saltare il fosso e partire, prima iniziamo, prima otterremo e vedremo i benefici del cambiamento"... la maggior parte delle pazienti spesso accetterà con sollievo. 5) La quinta fase, ha come obiettivo, quello di assicurarsi che le pazienti aderiscano a questa loro decisione di voler apportare un cambiamento, e di aiutarle a recuperare peso. È importante arrivati a questo punto della terapia, educare la paziente al recupero del peso in quanto, la maggior parte di esse, presenta un ampio numero di preoccupazioni relative al recupero del peso molte delle quali sono infondate, ed è importante quindi, che capiscano cosa essa implica, e sapere cosa realmente aspettarsi. Nel processo di recupero del peso due fasi sono fondamentali; la prima implica il recupero del peso che prevede l'assunzione quotidiana da parte della paziente di un surplus energetico, per cercare di raggiungere un indice di massa corporea intorno a 20; La seconda è il mantenimento del peso, cioè la paziente deve imparare a mantenere un IMC intorno a 20. Questa è la parte più importante del trattamento, e l'ideale sarebbe che a questo aspetto vengano dedicate almeno 6-8 settimane. Questa è anche una fase nella quale si deve sostenere bene psicologicamente la paziente in quanto, le pazienti, avranno bisogno di ridirezionare la motivazione e la determinazione che in precedenza avevano rivolto alla restrizione alimentare, verso il recupero del peso. Per loro recuperare il peso difficile e comporta dei rischi, ma i vantaggi sono maggiori; essere libere dagli effetti del sottopeso e dallo stato mentale del disturbo dell'alimentazione è liberatorio. Inoltre, serve molto tempo affinché le pazienti sperimentino tutti i benefici del recupero del peso e tali si osservano solo quando l'IMC è pari o maggiore a 19.

Successivamente, il terapeuta dovrebbe esporre alla paziente i vari modi per recuperare peso. Questi sono tre: A) consumare più energia calorica in forma di cibo e bevande, mangiando quantità maggiori dello stesso cibo, mangiando più spesso, orientando la scelta dei cibi e delle bevande verso alimenti ad elevato contenuto energetico, interrompendo il vomito, adattando la propria alimentazione a quella degli altri. B) diminuendo il livello di attività fisica; C) assumendo supplementi dietetici ad alto contenuto energetico. Sempre dal punto di vista psicologico è bene mantenere la motivazione, perciò questo, dovrebbe essere un argomento all'ordine del giorno durante tutto il trattamento. Ad intervalli, il terapeuta dovrebbe chiedere regolarmente alla paziente di ripetere le ragioni per le quali desidera stare meglio. Questo le può aiutare a restare centrate sull'obiettivo anche nelle fasi di crisi o tentazione di interrompere il trattamento. Infatti esistono una serie di problemi molto frequenti durante il trattamento che possono mettere a rischio la buona riuscita dell'intervento terapeutico. A) Il primo è che i cambiamenti che la paziente sta facendo sono troppo piccoli. Questo comporta il rischio che le pazienti non superino il disturbo in quanto, spesso, sbagliano la valutazione sul quantitativo calorico dei cibi che vanno ad assumere, sovrastimando l'energia calorica degli alimenti, di conseguenza si ipoalimentano. Quindi il terapeuta deve ribadire che la paura di eccedere o di mangiare troppo non è giustificata in quanto sono sottopeso ed hanno bisogno di mangiare di più, perciò devono essere incoraggiate a sfruttare al meglio la situazione in cui è normale mangiare più del solito anche in occasioni come compleanni o feste. B) Altro problema insorge quando gli sforzi della paziente si riducono. Se è così, il terapeuta dovrebbe riconoscere quanto duro sia tale cambiamento e sostenere il morale della paziente. Il terapeuta, dovrebbe trovare l'equilibrio tra un approccio incoraggiante, empatico e di supporto alle difficoltà vissute dalle pazienti, non deve essere ambiguo, ma usare uno stile fermo e amichevole. C) La paziente è incapace di mantenere il livello concordato di alimentazione a causa della sensazione di pienezza. C'è da dire che questa sensazione è intensificata nelle pazienti sottopeso a causa del ritardato svuotamento gastrico, tuttavia questo ritardo scompare con il recupero di abitudini alimentari salutari. D) La paziente è incapace di ricordare i motivi per cui deve recuperare peso una volta uscita dallo studio del terapeuta. Tale condizione

viene chiamata “sindrome da parcheggio” e si riferisce al fatto che, i pazienti, rientrano nel loro stato mentale del disturbo dell'alimentazione pochi minuti dopo aver lasciato la seduta; per aiutarle è necessario fare in modo che abbiano un pronto accesso alle motivazioni per recuperare peso, come ad esempio, rileggere ciò che scrivono sulle condizioni negative causate da tale basso peso ponderale (frasi come “le vene sporgono dalle braccia”, “le ossa delle spalle e le anche sono sporgenti”, “palpitazioni cardiache” eccetera) E) La paziente è resistente al cambiamento. Un modo per ridurre l’atteggiamento oppositivo delle pazienti è identificare una qualsiasi difficoltà che non è stata esposta in precedenza al terapeuta ed aiutarle a superarla. F) La paziente vuole interrompere il recupero del peso perché sta diventando grassa. In questo frangente, è compito del terapeuta aiutare le pazienti a capire, reinterpretare e superare la propria percezione attuale del corpo in modo che siano maggiormente in grado di accettare il recupero del peso. G) La paziente sostiene che mangiare tutto quel cibo ad alto contenuto energetico non è salutare. A tal proposito ci sono due precisazioni da fare. La prima è che ciò che davvero non è salutare è il loro sottopeso. La seconda è che una volta che avranno raggiunto il loro IMC prefissato, potranno scegliere cosa mangiare a condizione che sia sufficiente a garantire il quantitativo energetico giornaliero e che non implichi nessuna restrizione calorica. H) La paziente vuole interrompere il recupero del peso perché la sua pancia sta sporgendo. A volte, durante il recupero del peso, lo stomaco può sporgere in modo sproporzionato, perciò, per un po’, la pancia può apparire sporgente; comunque tale fenomeno non dura, quindi è necessario far comprendere alla paziente, che non si può associare l’aver mangiato troppo con l’essere grassa; per venire incontro alle preoccupazioni della paziente, una buona strategia può essere quella di utilizzare cibi ad elevato contenuto energetico ed a basso contenuto di fibra. I) La paziente vuole interrompere il recupero del peso perché i suoi abiti stanno diventando stretti. In questo caso, è necessario spiegare che, i cambiamenti temporanei e naturali della forma del corpo sono conseguenti alla regolare alimentazione riacquisita e non sono indicativi di aver mangiato troppo e di essere grasse. Però c’è da dire che, i vestiti di queste persone, che stanno recuperando peso, possono divenire stretti, quindi è meglio che in questa fase indossino abiti che vestono un po' più morbido. L) I tentativi della paziente di recuperare peso, sono influenzati negativamente dai commenti altrui. Può succedere che la paziente valuti in maniera errata i commenti sul proprio aspetto fisico. Bisogna quindi aiutare la paziente a comprendere come il suo stato mentale, tipico del disturbo dell'alimentazione, la stia condizionando nell’avere un'interpretazione non corretta dei commenti fatti dagli altri. M) La paziente, pensa che ha recuperato abbastanza peso, pur restando sottopeso. Può succedere che le pazienti, una volta che sono molto vicine a raggiungere l'indice di massa corporea prefissato, abbiano una diminuzione della propria motivazione, pensando che un IMC fare 17 o 18 sia sufficiente; in queste fasi è bene ricordargli che, smettere di seguire il protocollo terapeutico, equivale ad ottenere pochi benefici in quanto, lo stato mentale del disturbo dell'alimentazione è ancora attivo, e di conseguenza, sono predisposte a ricadute. Inoltre, in questa fase in cui hanno un tale IMC, non c’è nemmeno una zona tampone a proteggerle da un involontaria perdita di peso, che riporterebbe, se l’IMC scende sotto 18, ad una attivazione dello stato mentale del disturbo. Quando le pazienti avranno trovato il giusto equilibrio, e una lunga fase di stabilizzazione adeguata dell’IMC, gradualmente verranno eliminate le bevande ad alto contenuto energetico, mentre coloro che si sono alimentata senza bevande andranno lentamente a ridurre le quantità di cibo per evitare il rischio di ricadute.

6) Contemporaneamente al recupero del peso vengono trattate le altre caratteristiche del disturbo dell'alimentazione, che come ho scritto di seguito più approfonditamente, riguardano l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso, il check del corpo, la restrizione dietetica cognitiva etc. 7) Una volta ristabilito un IMC salutare, si aiutano le paziente ad accettare e mantenere il loro nuovo peso e la forma del corpo, focalizzandosi sui cambiamenti in modo che vengano mantenuti e minimizzando il rischio di ricadute, perché in questa fase è meno semplice riconoscere i segnali di avvertimento di una possibile ricaduta, soprattutto con le pazienti che si abbuffano; è bene quindi riconoscerli perché le pazienti che hanno recuperato peso in questa fase sono molto vulnerabili e facilmente possono ricadere in regressione.

Un ulteriore aspetto che ho osservato nelle risposte dei partecipanti al questionario è stato quello di aver notato come, in abbinamento al disturbo alimentare, alcune avessero riportato, la presenza condizioni personali più complesse, a causa della concomitante presenza di un disturbo depressivo (per la maggior parte dei casi) o disturbo borderline ad esempio. A tal proposito il libro dedicato alla teoria cognitivo comportamentale, dedica un interessante capitolo, alla combinazione tra DCA e disturbi di natura psichiatrica. Il capitolo scritto da C.G Fairburn, Z. Cooper, D. Waller evidenzia come, quasi tutti gli adulti con disturbi dell'alimentazione sono casi complessi, in quanto, la maggior parte presenta anche altri problemi

significativi. Molti soddisfano i criteri diagnostici per uno o più disturbi di asse I (disturbi mentali dovuti ad una condizione medica generale, disturbi correlati a sostanze, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, etc), così come molti, si avvicinano ad una diagnosi di disturbo di personalità. Inoltre, un sottogruppo significativo di pazienti, presenta un disturbo medico generale. Anche le difficoltà interpersonali sono comuni, e la natura cronica di questi disturbi, ha spesso un impatto marcato sullo sviluppo psicosociale di questi pazienti. Perciò, la complessità è la norma più che l'eccezione con le pazienti che hanno disturbi dell'alimentazione. Per quanto riguarda i disturbi di asse I coesistenti, i più comuni sono i disturbi dell'umore, soprattutto la depressione, i disturbi d'ansia e l'abuso di sostanze. Un rilevante numero di pazienti con un disturbo dell'alimentazione, presenta una depressione clinica coesistente che richiede un specifico trattamento. Tra le pazienti con disturbi dell'alimentazione, trasversale ai tre principali gruppi diagnostici (cioè anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS) è presente un gruppo, di dimensioni considerevoli, con una depressione clinica semi-indipendente, ed in questi casi, essa interferisce significativamente, con il trattamento del disturbo dell'alimentazione per una serie di ragioni .1) Il pensiero depressivo porta la paziente ad essere senza speranza in merito alla possibilità di cambiare e ciò, influisce negativamente sulla sua capacità di impegnarsi in un trattamento; 2) La riduzione della motivazione, conseguente alla depressione clinica, anch'essa ha quest'effetto di allentamento dell'impegno;3) Le difficoltà di concentrazione possono portare a non recepire adeguatamente le informazioni terapeutiche. E' essenziale, quindi, trattare questa depressione clinica, prima di avviare la CBT-E. Alcune caratteristiche della depressione clinica sono comuni tra coloro che hanno un disturbo dell'alimentazione, (alcune delle quali verranno ripresi nelle pagine successive) per i seguenti motivi: 1) E' frequente, tra le pazienti affette da un disturbo dell'alimentazione, la concomitante presenza di una bassa autostima alla quale si accompagna un pensiero autocritico; 2) L'umore basso e altre caratteristiche, che indicano una depressione clinica (perdita della concentrazione, diminuzione dell'energia e della motivazione, sonno disturbato, etc) sono elementi tipici che accompagnano l'essere molto sottopeso.

3) L'abbuffarsi, tipicamente comporta vergogna, colpa, abbassamento dell'umore e autocritica, tutti indicatori anche della depressione clinica. 4) Una restrizione dietetica cognitiva e calorica elevata può portare alla comparsa o rafforzamento dell'irritabilità e del deficit di concentrazione, entrambe caratteristiche della depressione. 5) La compromissione del funzionamento interpersonale, che è un effetto comune dei disturbi dell'alimentazione, può portare la paziente a sentirsi senza valori e non apprezzabile, indicatori anch'essi di una depressione. Nelle pazienti, la depressione, è agevolmente trattabile, e farlo, rende il disturbo dell'alimentazione più facile da superare. Bisogna porre tuttavia, particolare attenzione alle caratteristiche depressive discriminative, che non sono tipiche delle pazienti con un disturbo dell'alimentazione. Tali caratteristiche possono essere ad esempio, il recente intensificarsi degli aspetti depressivi, pensieri negativi pervasivi o intensi, diminuzione degli interessi e del coinvolgimento nelle relazioni, diminuzione della motivazione e riduzione delle capacità decisionali, altri aspetti indicativi come il pianto, la trascuratezza dell'aspetto e dell'igiene personale, delle attività quotidiane etc. Maggiore è il numero di queste caratteristiche presenti, maggiore è la sicurezza che sia giustificata una diagnosi di depressione. Le pazienti riluttanti a prendere farmaci antidepressivi, possono minimizzare o negare i propri sintomi. In questi casi, è bene discutere l'argomento con loro, e sottolineare il bisogno di essere aperte e sincere, e rivedere a distanza, tali pazienti, perché con il tempo, la loro rigidità nel non voler assumere farmaci va attenuandosi. E' importante aggiungere che bisogna considerare il rischio di suicidio quando si ha a che fare con queste pazienti. Tutti i terapeuti, che lavorano con i disturbi dell'alimentazione, dovrebbero avere le competenze per valutare il rischio di suicidio, largamente ma non esclusivamente limitato alle pazienti che presentano una consistente depressione clinica. Se si riscontra una depressione clinica, deve essere spiegata alla paziente, ed è importante che tale depressione venga trattata per prima, dato che la guarigione da questa, non la porterà soltanto a sentirsi meglio, ma anche ad essere più capace di superare il proprio problema alimentare. La modalità di trattamento preferita è l'uso di farmaci antidepressivi perché funzionano bene e rapidamente, permettendo, al terapeuta, di avviare il trattamento psicologico del disturbo alimentare. A volte alcune paziente sono affette da altri disturbi dell'umore come un disturbo bipolare 1 o 2 in concomitanza ad un disturbo dell'alimentazione. Finché le pazienti hanno un umore positivo la CBT-E può essere applicata e spesso funziona; se invece c'è una comorbidità tra un disturbo dell'alimentazione e una forma di disturbo bipolare non altrimenti specificato (per esempio, quando si verifica una rapida, frequente,

alternanza tra stati depressivi e maniacali sotto soglia, ma tuttavia significativi) i pazienti sono difficili da aiutare con la CBT-E, quindi la loro stabilizzazione dell'umore, deve essere priorità

Le caratteristiche riconducibili ad un disturbo d'ansia sono spesso presenti in pazienti con disturbo di alimentazione e se sottopeso, non è infrequente che questi pazienti evitino la socializzazione a causa delle difficoltà che hanno nel mangiare di fronte agli altri. Tuttavia, difficilmente, il disturbo d'ansia può interferire con il successo nel trattamento del disturbo dell'alimentazione. Se i disturbi d'ansia o l'uso improprio di sostanze, coesistono con la depressione clinica, questi possono essere secondari alla depressione, ma in questi casi, si raccomanda che la depressione venga trattata per prima. Invece molto più problematici, ma insoliti, sono i casi di disturbo ossessivo compulsivo dove, le compulsioni, influenzano l'alimentazione della paziente, in modo tale da mantenere il disturbo dell'alimentazione. In questi casi si deve trattare prima il disturbo ossessivo compulsivo, oppure bisogna trattare i due disturbi contemporaneamente, in quanto gli aspetti secondari di solito svaniscono se il disturbo dell'alimentazione è trattato con successo. I pazienti con un disturbo post traumatico da stress, ricadono spesso all'interno del gruppo di soggetti che presentano un disturbo d'ansia, abbastanza indipendente dal disturbo dell'alimentazione. In questi casi, si discute con il paziente qual è il problema che vogliono affrontare per primo perché, in generale, non è opportuno impegnarsi in due trattamenti contemporaneamente; di solito scelgo di affrontare per primo il problema alimentare.

Spostando l'attenzione sull'uso improprio di sostanze, non è infrequente tra le pazienti con un disturbo dell'alimentazione (generalmente è circoscritto a coloro che si abbuffano). Alcune pazienti abusano, in modo particolare, di alcol ed una piccola parte fa uso di stupefacenti (cocaina o anfetamine). In quest'ultimo caso, le sostanze possono essere usate, in parte, anche come mezzo di controllo del peso, oppure, il mantenere il disturbo dell'alimentazione e l'uso improprio di sostanze serve per quelle pazienti intolleranti alle emozioni. Purtroppo, le frequenti intossicazioni durante il giorno, interferiscono con il successo nel trattamento del disturbo dell'alimentazione, e molte pazienti, una volta aver compreso e riflettuto su questo aspetto, cessano o riducono drasticamente l'uso della sostanza. Se il disturbo dell'alimentazione è trattato con successo, spesso anche le caratteristiche del disturbo coesistente svaniscono. Coloro che sono affetti da un disturbo dell'alimentazione possono avere in comorbidità un altro disturbo, come la schizofrenia, disturbi di conversione, ipocondria o disturbo da dismorfismo corporeo. Mentre, per quel che riguarda i disturbi di personalità, fare una diagnosi, è particolarmente problematico, perché la maggior parte delle pazienti, ha trascorso gran parte della vita adulta con i sintomi del disturbo dell'alimentazione, perciò, è difficile valutare la personalità della paziente, perché molte delle caratteristiche, che sarebbero oggetto di interesse, sono direttamente influenzate dalla presenza del disturbo alimentare.

Nell'ambito delle patologie mediche, l'obesità è il disturbo organico più comunemente riscontrato tra le pazienti con problemi alimentari, anche se strettamente circoscritta a quelle affette da disturbo da alimentazione incontrollata. Di fronte ad un paziente con un disturbo dell'alimentazione ed obesità, è fondamentale che il terapeuta chiarisca gli obiettivi del trattamento. Ci sono due possibilità: 1) focalizzarsi sulla perdita di peso, e questo può, talvolta, portare contemporaneamente ad un'interruzione delle abbuffate. Tuttavia, i trattamenti, finalizzati alla perdita di peso, sono sconsigliabili per le pazienti affette da bulimia nervosa, in quanto intensificano la restrizione dietetica cognitiva, una delle cause principali delle loro abbuffate. 2) L'altra possibilità è trattare prima il disturbo dell'alimentazione, e poi prendere in considerazione la gestione del peso. Questa è la strategia maggiormente utilizzata.

Se si adotta questa seconda strategia, la CBT-E è una buona opzione di trattamento, sebbene l'auto aiuto guidato di tipo cognitivo-comportamentale, si stia mostrando una alternativa efficace ed economica per molti casi di disturbo dell'alimentazione incontrollata. La CBT-E completa, è probabilmente più adatta per quelle pazienti obese con una rilevante psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, come ad esempio, un'alimentazione influenzata dagli stati emotivi o estreme preoccupazioni sull'aspetto fisico. Tuttavia Cooper e colleghi (2003) fanno notare alcuni aspetti: 1) alcune di queste pazienti tendono a non riferire tutte le abbuffate o il cibo ingerito; 2) per trattare le abbuffate sono fondamentali, sia l'intervento di alimentazione regolare, sia le procedure dirette a gestire l'alimentazione influenzata dagli stati emotivi e dagli eventi esterni; 3) affrontare la restrizione dietetica cognitiva ed in particolare l'evitamento del cibo non è incompatibile con abitudini alimentari salutari; 4) si devono affrontare le preoccupazioni sulla forma del corpo, cioè se le pazienti si dimostrano molto preoccupate per questo aspetto, questo deve divenire un elemento del trattamento, a prescindere dalla loro taglia effettiva. Oltre a questo aspetto, è importante

focalizzarsi sulle marginalizzazione dei domini di vita, perché, molte di queste pazienti, si mettono in stand-by, pensando che affronteranno le difficoltà nella propria vita personale ed interpersonale, solo una volta perso peso, ma questo danneggia la loro autostima mantenendo le loro preoccupazioni relative l'aspetto fisico (Cooper e colleghi, 2003); 5) l'accettazione del corpo dovrebbe essere un obiettivo del trattamento. Come notato da Wilson (2004), si deve raggiungere un equilibrio tra accettazione e cambiamento. Cioè, mentre si deve cercare di cambiare ciò che è modificabile e che sta danneggiando la paziente, nello stesso modo, si deve accettare ciò che non può essere cambiato; 6) le pazienti dovrebbero essere istruite sulle modalità salutari per perdere peso, in quanto, avendo affrontato per primo il disturbo di alimentazione, poi vorrebbero subito perdere peso, ma questo è sconsigliabile almeno per le prime 20 settimane dopo il trattamento. Solo durante l'appuntamento di controllo, possono decidere insieme al terapeuta, se vogliono tentare o meno di perdere peso. Lo scopo di ciò è quello di assicurarsi che la paziente, abbia obiettivi di peso realistici, e imposti un programma di perdita di peso che non comporti seri rischi di regressione verso il disturbo dell'alimentazione.

Un ostacolo all'avvio della CBT-E è la presenza di un evento di vita particolare o di una crisi in corso. Alcune situazioni si risolvono nel breve lasso di tempo, ed è solo questione di posticipare il trattamento, finché queste non si sono concluse, oppure il trattamento resta focalizzato sul disturbo dell'alimentazione, più o meno indipendentemente da ciò che accade nella vita della paziente (nel caso in cui il problema o la crisi si risolve velocemente), mentre altre devono essere affrontate. Certe difficoltà di vita sono più urgenti rispetto al problema alimentare e devono avere la precedenza sul trattamento del disturbo alimentare. In alcune circostanze, oltre alle sedute di CBT-E in corso, vengono organizzate una o più sedute di crisi, dedicate esclusivamente alla loro risoluzione. Di rado, una crisi, è così seria da sospendere per alcune settimane la CBT-E, in quanto continuare, sarebbe impossibile o inappropriato. La stessa cosa la si fa, se la paziente sviluppa improvvisamente un problema psichiatrico, che interferisce con il trattamento (spesso una depressione clinica). Un tipo particolare di evento, che si verifica spesso, durante il trattamento, è una vacanza, una festività o una celebrazione. Questi periodi pongono particolari problemi alle pazienti, perché possono implicare uno stretto contatto con le persone con le quali hanno una difficile relazione (parenti, familiari, amici), ed a causa dell'insorgere di un'aspettativa (la paziente può sentirsi come in dovere di mantenere tale aspettativa) che vuole che tutti si divertano e si mangi in abbondanza. In questi casi, lo scopo della paziente, dovrebbe essere solamente quello di "sopravvivere" ad essi, senza che i propri progressi vengano compromessi.

Ci sono, inoltre, delle pazienti, che presentano delle caratteristiche ulteriori molto marcate, capaci di mantenere il disturbo dell'alimentazione. Queste caratteristiche sono il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare ed i problemi interpersonali. Andando nello specifico, i tratti di perfezionismo clinico, sono comuni tra le persone con disturbi dell'alimentazione e spesso sono evidenti anche prima dell'insorgere del disturbo stesso. Quando però, si arriva al raggiungimento di quello che prende il nome di perfezionismo clinico, si osserva una evidente gravità della persona, in quanto è significativamente danneggiata da tale perfezionismo, tanto che condiziona negativamente l'esito del trattamento. Il nucleo di tale perfezionismo consiste nella valutazione eccessiva che la persona si pone per il raggiungimento dei risultati prefissati, infatti si giudicano solo quasi in base agli sforzi che compiono per raggiungere standard personali elevati in attività che ritengono importanti. E' chiaro che se hanno un disturbo dell'alimentazione, applicheranno a loro volta i loro standard estremi anche all'alimentazione, al peso, alla forma del corpo e al loro controllo; a causa di ciò quindi, si sottopongono a diete particolarmente intense e ad un altrettanto rigorosa attività fisica.

Il perfezionismo clinico solitamente emerge precocemente nel trattamento. Può essere evidente dalle schede di automonitoraggio della paziente, che tendono ad essere iperdettagliate e dalla restrizione dietetica cognitiva, spesso particolarmente estrema e rigida. Una strategia per trattare il perfezionismo clinico rispecchia quella utilizzata per trattare la valutazione eccessiva della forma del corpo e del peso. Si deve andare in sinergia con la paziente per identificare l'eccessiva valutazione, che essa pone verso il raggiungimento dei risultati che si è prefissata. Questa procedura è bene che venga fatta in seduta, dopo che lo stesso argomento è stato affrontato per quanto riguarda la forma del corpo del peso, in modo che si possa evidenziare come, il sistema di autovalutazione della paziente, dia una importanza predominante alla valutazione eccessiva della prestazione e dell'ottenimento dei risultati, sia riguardo alla forma del corpo e al peso, sia riguardo ad altri aspetti di perfezionismo, come il lavoro, lo sport, la gestione della casa, la musica, etc. Alla paziente si deve chiarire come, nell'ambito della propria vita, avere una fetta così grande di tempo

ed attenzione dedicata a tali perfezionismo, diventa rischioso, perché tende a restringere i propri interessi, conducendola ad una vita sempre in tensione, dove c'è poco spazio per la spontaneità o per i piaceri, a meno che non siano legati alle prestazioni. Questo, inevitabilmente porta una marginalizzazione di altri aspetti della vita e perciò è importante incoraggiare la paziente ad intraprendere attività semplicemente per puro divertimento, anche se per loro, è molto difficile.

Il terapeuta deve aiutarle, quindi, a stabilire dei ritmi di lavoro più adeguati, così da lasciarsi del tempo per coltivare quei ambiti di vita personale (hobby, famiglia, socializzazione) messi in disparte

Si deve inoltre affrontare direttamente, la valutazione eccessiva (check) che riguarda l'inseguimento ed il raggiungimento dei risultati. Il check della prestazione sarà evidente in tutte le aree di vita che sono oggetto del perfezionismo clinico, incluse la forma del corpo, il peso ed il controllo alimentare. Perciò, il check della prestazione, dovrebbe essere trattato in generale così come in relazione al peso e alla forma del corpo. Il terapeuta dovrebbe discutere, con la paziente, sulle conseguenze della sua forma particolare di check, avendo come obiettivo principale, quello di mettere in luce che tale check, di solito, è alimentato dal timore di fallire e dal voler porre un'attenzione diretta verso ciò che non riesce a raggiungere, piuttosto che verso ciò che ha raggiunto. Poi, le varie forme di check vengono divise in due gruppi: un gruppo raccoglie quelle che probabilmente è necessario interrompere (come ad esempio, guardare furtivamente il lavoro altrui), mentre l'altro racchiude quelle che è meglio moderare (come ad esempio, valutare costantemente la propria prestazione professionale). Un altro aspetto da affrontare è quello dell'evitamento, che può assumere due forme. Il primo riguarda quel tipo di pazienti che vanno ad evitare del tutto una valutazione della propria prestazione, in quanto temono il peggio. Il secondo gruppo si riferisce a quelle pazienti che compiono un evitamento di importanti prove prestazionali (per esempio, non affrontare un colloquio di lavoro, non gareggiano in competizioni sportive, etc). Nel primo caso, si aiutano le pazienti ad utilizzare valutazioni più equilibrate delle proprie prestazioni in corso; nel caso del secondo gruppo, aiutandole a bilanciare i pro ed i contro immediati e a lungo termine nello svolgere certe prove.

Queste strategie e procedure, provocano uno sgretolamento progressivo della valutazione eccessiva, che i pazienti esercitano sulle proprie prestazioni, rimuovendo l'effetto rinforzante nei confronti del proprio corpo, peso etc. Tutto ciò è agevolato dall'importanza che viene attribuita agli altri domini di vita. Due strategie aggiuntive completano questo lavoro, ed entrambe sono da utilizzare verso la fine del trattamento. La prima prevede la ricerca delle origini della valutazione eccessiva; ciò può essere d'aiuto a dare un senso a come il perfezionismo sia emerso e si sia sviluppato, ma soprattutto può evidenziare come esso, possa aver assolto ad una funzione utile, prima di divenire così estremo (storia familiare di perfezionismo clinico, valori familiari relativi alla prestazione, pressione ad avere successo, successi e fallimenti precoci, reazioni degli altri significativi, educazione della paziente). La seconda è quella di imparare a manipolare lo stato mentale del perfezionismo, in quanto, questo, può essere visto come uno stato mentale o un assetto della mente. Per fare ciò le pazienti dovrebbero apprendere tre cose: 1) identificare gli stimoli che tendono ad attivare lo stato mentale del perfezionismo; 2) riconoscere i primi segni che possono attivare lo stato mentale; 3 essere in grado di disattivarlo.

Le strategie e procedure finalizzate a mantenere i progressi e minimizzare il rischio di ricadute sono le stesse di quelle utilizzate generalmente nei confronti dei disturbi dell'alimentazione. Il terapeuta dovrebbe identificare quali problemi sono rimasti e sviluppare, con la paziente, uno specifico programma orientato nell'affrontare tali eventuali fasi di perfezionismo che erano ancora latenti; lo stesso metodo si utilizza per la prevenzione delle ricadute a lungo termine, con particolare attenzione nei confronti della identificazione dei probabili segnali di ricaduta nella paziente e delle azioni, che questa, dovrebbe intraprendere se dovesse notare una regressione.

Esiste anche un sottogruppo di pazienti che presentano un'autostima estremamente bassa o nucleare, nelle quali, il cambiamento relativo al disturbo dell'alimentazione, è particolarmente difficile da ottenere a causa di due processi principali: 1) L'intensità della bassa autostima di queste pazienti le porta a sforzarsi particolarmente per controllare la propria alimentazione, la propria forma corporea ed il peso. Queste pazienti quindi, hanno grosse difficoltà nel controllare il loro sottoporsi a dieta, non fare esercizio fisico, non attivare un controllo del corpo, eccetera. Perciò, in questi casi, c'è un ulteriore meccanismo che sostiene il disturbo dell'alimentazione. 2) Le pazienti hanno una visione negativa di se stesse che le porta a non vedere una minima prospettiva di guarigione. Si danno per sconfitte fin dall'inizio e non si impegnano totalmente nel trattamento. A tal proposito, gli elementi che caratterizzano una bassa autostima sono: A) una visione

negativa di lunga durata del proprio valore. Queste pazienti credono di avere poco o nessun valore come persone, e si descrivono usando termini non positivi (inutili, insignificanti, stupide, non amabili, un fallimento, etc); B) hanno una visione negativa del futuro e della possibilità di cambiamento, con distorsioni cognitive, negative, marcate. La paziente ha quindi una visione di sé profondamente negativa e persistente, largamente indipendente dalle circostanze e dalle prestazioni di quel preciso momento. C'è da dire che a volte, individuare una bassa autostima con la concomitante presenza di una depressione clinica non è per nulla semplice, perché anche la depressione provoca una visione di sé profondamente negativa. Perciò, se si riscontra una depressione clinica concomitante, questa deve essere trattata per prima e solo successivamente trattare l'autostima. Il trattamento della bassa autostima prevede due modalità: 1) direttamente utilizzando le procedure cognitivo-comportamentali. Tale metodo si usa se si presentano ovvie distorsioni cognitivo-comportamentali oppure, 2) indirettamente, migliorando il funzionamento interpersonale del paziente, che risulta più efficace se si crea la possibilità di dar vita ad un ambiente interpersonale positivo ed auto-rinforzante. Il lavoro sulla bassa autostima nucleare inizia con un'educazione personalizzata sui processi di mantenimento della stessa, cercando di aiutare queste pazienti a riconoscere e correggere, in tempo reale, i processi cognitivi che mantengono la propria autovalutazione negativa e ad identificare nuovi e gratificanti aspetti di vita in cui iniziare ad impegnarsi. Sono poi aiutate a formulare ed accettare una valutazione più equilibrata del proprio valore personale,

Poi il terapeuta dovrebbe fornire un'educazione personalizzata che riguarda la bassa autostima nucleare ed il suo contributo al mantenimento del problema alimentare. Il punto principale da sottolineare è che tale bassa autostima genera potenti circoli viziosi che mantengono sia la bassa autostima che il disturbo dell'alimentazione. Infatti queste pazienti, nonostante gli enormi sforzi che compiono per ottenere risultati soddisfacenti in determinati ambiti di vita, alla fine si sentono sempre persone che hanno fallito nei propri obiettivi. Perciò le pazienti hanno bisogno di essere aiutate e comprendere che, il modo in cui vedono se stessi ed il mondo, tende ad essere distorto, in quanto filtrano le informazioni negativamente. A generare questa visione di sé così negativa sono i processi cognitivi distorti come A) lo svalutare qualità positive, perché pongono attenzione sulle proprie qualità negative, mentre non apprezzano quelle positive, perciò, con l'aiuto del terapeuta, è bene individuare le qualità positive e aiutare la paziente a raggiungere una visione più equilibrata di se stessa. B) Tali pazienti hanno poi una attenzione selettiva rivolta alle informazioni che combaciano con la visione negativa di sé e cercano sempre esperienze fallimentari, riuscendo a trovarle. Di conseguenza, la propria visione negativa di sé stessa, viene confermata ripetutamente. Lo scopo è di rieducare la paziente a diventare sempre più consapevole, momento per momento, delle situazioni che sta vivendo, cercando di porre l'attenzione su tutte le situazioni quotidiane che affronta e supera e non solo ai fallimenti; 3) Di solito le pazienti presentano un insieme di standard molto severi con cui giudicano se stesse, mentre verso gli altri, mettono insieme standard che sono più indulgenti (doppio standard); il terapeuta dovrà cercare di evidenziare tale fenomeno in seduta, cercando di far comprendere alla paziente questa eccessiva modalità opposta di giudicare se stessa rispetto agli altri; 4) Nelle pazienti con bassa autostima nucleare c'è la tendenza ad etichettare ogni esempio di mancato successo come un fallimento, per poi generalizzare tali esperienze fallimentari, arrivando alla conclusione di essere un fallimento in generale (ipergeneralizzazione). Il terapeuta, prima aiuta la paziente ad identificare quando lo mettono in atto, cercando di comprendere il meccanismo del loro modo di pensare, con l'obiettivo di ridurre il fenomeno; 5) Hanno una valutazione dicotomica del proprio valore (ad esempio se non sono forte allora sono una debole); 6) Presentano convinzioni disfunzionali (idee quali.. devo essere veramente brava a.... per meritarmelo). E' importante con le pazienti con bassa autostima nucleare, condurre una esauriente revisione storica, cercando di comprendere come abbiano sviluppato la propria visione negativa di sé (ad esempio una storia familiare di bassa autostima, un ambiente familiare negativo, mancanza di affetto e calore, critiche frequenti, disciplina estrema, esperienze infantili negative come abuso, derisione, bullismo, mancanza di stabilità, mancanza di amici eccetera). Questo lavoro va integrato con la riduzione dell'eccessiva preoccupazione verso il peso e la forma del corpo. Il terapeuta deve provare ad aiutare le pazienti a formulare ed accettare una più equilibrata visione di se stessi, giungendo ad una valutazione più realistica delle proprie qualità. Questo tipo di analisi include la nozione di accettazione, perché bisogna sempre raggiungere un equilibrio tra accettazione e cambiamento. Come è stato evidenziato da Wilson (2004) si deve imparare ad accettare quelle cose che non si possono cambiare.

La maggior parte delle pazienti con disturbo dell'alimentazione ha anche difficoltà nelle proprie relazioni, e di solito queste diminuiscono con il miglioramento del problema alimentare. Tuttavia ci sono pazienti per le quali non è così, in quanto esiste una relazione “nociva” tra il problema alimentare e la vita interpersonale. Entrambe devono essere affrontate durante il trattamento, se la paziente vuole superare il disturbo dell'alimentazione (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003).

Nella prima fase del trattamento, emerge chiaramente se i problemi interpersonali stanno contribuendo, in modo significativo, al mantenimento del disturbo dell'alimentazione, perché gli eventi e le circostanze interpersonali, possono portare ad un'intensificarsi della restrizione dietetica cognitiva, fino al punto che la paziente smette di mangiare per un periodo, con la possibilità che si presenti un episodio o una serie di episodi di tipo bulimico, vomito, uso di lassativi, esercizio fisico eccessivo. Eventi interpersonali isolati, possono essere trattati utilizzando il problem solving, integrato con il lavoro sull'intolleranza alle emozioni. Ma se si verificano ricorrenti difficoltà interpersonali, che impediscono il miglioramento della paziente, questi possono divenire un ulteriore obiettivo terapeutico. Il modulo definito “interpersonale” ha due obiettivi connessi tra di loro: 1) Il primo è risolvere il problema o i problemi interpersonali identificati; 2) Il secondo è migliorare in senso generale il funzionamento interpersonale della paziente. Nella CBT-E tali obiettivi sono raggiunti avvalendosi della psicoterapia interpersonale o IPT, che è una terapia psicologica, ideata per migliorare il funzionamento interpersonale. Oggigiorno è il principale trattamento per la bulimia nervosa basato sulle evidenze, dopo la CBT-E.

Ci sono 4 motivi per i quali si utilizza la IPT piuttosto che la CBT-E con questi soggetti: A) L'IPT è stata esplicitamente ideata per ottenere il tipo di cambiamento interpersonale necessario in un arco di tempo adeguato; B) non esiste una forma di CBT-E con obiettivi simili ed un equivalente supporto empirico; C) la ricerca sulla bulimia nervosa ha mostrato che l'IPT è estremamente accettata nelle pazienti con disturbo dell'alimentazione; D) l'IPT ha un'ulteriore proprietà e cioè che, la maggior parte delle pazienti, conclude il trattamento convinta di essere pienamente responsabile del proprio cambiamento ed in grado di affrontare, con successo, le altre difficoltà interpersonali che dovrebbero presentarsi. Sia l'IPT che la CBT-E possono essere combinate in un unico trattamento, ma non possono essere integrate per le differenze procedurali. L'IPT prevede 12-16 sedute ambulatoriali, a cadenza settimanale, con durata di circa 50 minuti, ed è divisa in tre fasi: 1) la prima fase può comprendere fino a 3 sedute, ed ha un triplice obiettivo; a) descrivere il razionale e la natura dell'IPT. Nella CBT-E, il razionale evidenzia che le difficoltà interpersonali sembrano contribuire al mantenimento del problema alimentare; b) identificare una o più difficoltà interpersonali attuali, la più importante delle quali, implica l'analisi dei fattori interpersonali che scatenano i cambiamenti alimentari; c) concordare insieme quale problema interpersonale può diventare il focus del resto del trattamento.

2) La seconda fase rappresenta la parte principale dell'intervento ed occupa fino a dieci sedute. L'obiettivo è che la paziente categorizzi i problemi interpersonali identificati e li affronti. L'IPT categorizza i problemi interpersonali in quattro aree problematiche: lutto, contrasti di ruolo, transizioni di ruolo e deficit interpersonali. 3) La terza fase, generalmente, occupa le ultime 3 sedute ed ha due obiettivi: Il primo è assicurarsi che il cambiamento attuato in terapia sia mantenuto, il secondo è quello di minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine.

Durante il trattamento, le pazienti sono invitate ad esplorare il problema o i problemi identificati e a considerare i modi per affrontarli. Il ruolo del terapeuta è quello di mantenere la paziente focalizzata su questi compiti interpersonali, di incoraggiarla a pensare, fornire chiarimenti, quando necessario, non arrivando però a suggerire soluzioni o particolari procedure di azione.

5) Ti sei rivolta/o a qualche specialista per affrontare questo problema?

Quasi il 95% dei partecipanti al sondaggio hanno risposto in modo affermativo. La riflessione che ho fatto tra me e me è che nonostante ancora ci sia un 5% di soggetti che non si è rivolta ad uno specialista, l'aspetto positivo è che ad oggi c'è una maggiore consapevolezza e conoscenza delle problematiche del DCA tali per cui da un lato, si comprende (da parte del soggetto interessato o dei carers –familiari-) il rischio ed il pericolo, per il proprio benessere psico-fisico e per la propria vita, nel caso in cui non viene intrapreso un percorso terapeutico e dall'altro una minore paura, vergogna o stigma nel parlare di tale problematica. In un passaggio,

che ho letto, nel libro di Fairburn, si afferma che per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione Nas, così come per la bulimia nervosa, molti pazienti si rivolgono al terapeuta in adolescenza o tarda adolescenza dopo aver convissuto a lungo con il disturbo. Non si parla di anoressia nervosa, cosa che mi sarei aspettato, tuttavia, riflettendo sul fatto che, ad oggi, la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, definisce i disturbi alimentari come facenti parte di una unica categoria, e come questi, si spostino da un disturbo all'altro anche in brevi lassi di tempo, dove spesso l'anoressia nervosa si "trasforma in bulimia nervosa", il termine stesso di AN potrebbe essere stato volontariamente escluso per questi motivi.

6) Se sì, come sei arrivato/a a chiedere aiuto?

Delle risposte che ho letto, alcune dimostrano come, la richiesta di aiuto sia partita direttamente dalla persona interessata dal DCA, altre hanno chiesto aiuto o hanno ricevuto consigli da una amica, dal fidanzato, dal medico di base, psicologo etc. Le informazioni e notizie trovate su internet o sui gruppi social (più di una persona ha scritto di essersi rivolta esplicitamente all'associazione Il bucaneve) ad oggi, sono un ottimo punto di informazione e sostegno per garantire, a chi soffre di DCA, la possibilità di chiedere aiuto. Però la cosa che mi ha più colpito è stato il leggere, in varie risposte fornite dalle partecipanti al sondaggio, come l'essere state indirizzate da parte dei genitori, verso varie forme di aiuto, sia stato vissuto da queste, sempre in modo negativo; mostrano di aver vissuto questo intervento di aiuto come una forzatura, un obbligo. Parole simili le ho lette nel libro di Fairburn, nel quale si afferma che di solito si presenta una realtà che dimostra come, alcune pazienti, si siano avvicinate alla terapia, con riluttanza e sotto la pressione di altri. Probabilmente le pazienti inizialmente erano completamente contrarie a chiedere un aiuto esterno perché, come ho scritto in precedenza, loro non lo considerano un problema per vari motivi. Ad esempio, alcune pazienti si vedono bene nello stare a dieta, anche se si vedono fallire nello stare a dieta, ritengono che, il fallimento si è dovuto alla loro debolezza, piuttosto che considerare le regole come eccessivamente rigide ed estreme; stare a dieta fornisce loro una forte sensazione di mantenere il controllo; la dieta è il loro metodo principale di controllo del peso; per coloro che si abbuffano stare a dieta è uno dei principali mezzi di compensazione; stare a dieta è considerato appropriato, in pazienti che sono state o sono sovrappeso. La loro modalità di stare a dieta gioca un ruolo centrale nel mantenimento dei problemi alimentari e quindi deve essere affrontata se vogliono superarlo.

7) Che tipo di aiuto hai cercato?

In merito al tipo di aiuto cercato dai partecipanti al questionario, questo è stato di vario tipo. Si sono rivolti al medico, alla nutrizionista, per passare ad una richiesta di aiuto cercata negli psicologi, psichiatri e laddove necessario, ad un intervento più sostanzioso, attraverso una terapia ambulatoriale, day Hospital, ricovero ospedaliero o ricovero in una struttura specializzata per il dca..etc. Una mia personale idea, che mi sono fatto, leggendo i libri e le risposte delle pazienti, mi ha portato a pensare che, quando una paziente è costretta ad effettuare un ricovero ospedaliero in una struttura esplicitamente organizzata per affrontare il DCA, la situazione è inevitabilmente molto grave; ma la mia riflessione non si rivolge tanto alla situazione estrema nella quale la paziente si viene a trovare, quanto piuttosto a tutta la fase che ha portato la paziente o il paziente a tale situazione. Chiaramente le responsabilità sono della paziente stessa, ma in questo caso, quando ci si ritrova completamente immersi nel disturbo alimentare, non è facile prendere consapevolezza della piega che ha preso la propria condizioni psico-fisica, soprattutto a causa del nucleo psicopatologico in cui è immersa la paziente, che vede la sua modalità di rapportarsi al cibo (restrizione dietetica cognitiva), i meccanismi compensatori, e spesso il suo isolamento sociale e perdita di interessi come un qualcosa di "giusto e sano" per il suo benessere. Il mio pensiero si concentra molto su quelle che sono le figure di riferimento della paziente. Da un lato leggendo i resoconti dei familiari alle domande, provo un senso di compassione e vicinanza per questi genitori perché, anche per loro deve essere devastante dover vivere una condizione nuova in famiglia, che vede una figlia cambiare completamente, non solo nelle abitudini alimentari, ma anche nel comportamento, e spesso, soprattutto la figura materna, presa dalla paura e dalla forte preoccupazione, per non creare un clima di tensione in famiglia, asseconda le esigenze della figlia.

Questo purtroppo crea una sorta di circolo vizioso allargato, dove tutti i componenti del nucleo familiare, si ritrovano coinvolti nel mantenimento del disturbo, e spesso i risultati peggiorano piuttosto che migliorare. Di conseguenza anche la vita della famiglia si modifica drasticamente (la troppa concentrazione sulla figlia, fa perdere di vista le esigenze degli altri figli, i propri interessi e amicizie, etc). Dall'altro lato, sento anche una emozione di rabbia, in quanto, credo che a volte alcuni genitori, nonostante si accorgano delle condizioni di un familiare con DCA, preferiscano chiudere gli occhi, far finta di non vedere, o aspettare che il tempo sistemi tutto. Ecco, ripeto, non è assolutamente facile trovarsi in una condizione del genere, ma la mia idea è che in queste circostanze, il coraggio dovrebbe prevalere sulla paura, il coraggio di affrontare il problema, di parlarne nei giusti termini. Di chiedere aiuto, perché, come leggevo in un passaggio nel libro di Fairburn, le possibilità che un trattamento vada a buon fine sono maggiori se il problema viene affrontato fin dalle prime fasi del disturbo (in fase adolescenziale le probabilità di una remissione completa del disturbo sono molto buone). A tal proposito inserisco più trattamenti utilizzati in vari contesti di aiuto e supporto esposte sia nel libro scritto dall'Equipe dell'Ospedale Maudsley, che in quello relativo alla terapia cognitivo comportamentale.

Per quanto riguarda le informazioni fornite dall'Equipe dell'Ospedale Maudsley, i vari trattamenti sono stati realizzati e messi a punto in base alle esigenze sia della famiglia che del soggetto con DCA. Un primo trattamento prevede che l'equipe possa lavorare con i carers (familiari, parenti più stretti o comunque una figura importante e di riferimento per la paziente) di adulti con AN in regime ambulatoriale frutto di diversi studi e lavori (Schmidt. U. & Treasure, j (2006). Southgate. I. et al. (2005). Treasure. J et al. (2005).). Gli elementi chiave di questo modello sono: A) il coinvolgimento del nutrizionista, del medico e dello psicologo; la valutazione della famiglia e l'opinione neuropsicologica, che sono forniti dopo le prime due sedute di lavoro. B) Il controllo medico e la focalizzazione sulla nutrizione, che sono presenti durante l'intero corso del trattamento. C) La concettualizzazione collaborativa del caso include un resoconto dei fattori predisponenti e di quelli perpetuanti ((Schmidt & Treasure, 2006). Il trattamento include vari obiettivi: 1) spostarsi dalla sottomissione alle regole del disturbo alimentare (dettagli sul cibo, peso e forma fisica) verso obiettivi nutrizionali più ampiamente definiti (mangiare a sufficienza eccetera). 2) Moderare l'impatto di questo modo di vedere il mondo, estremamente rigido ed eccessivamente incentrato sui dettagli ed il modo in cui questo impatta sugli altri aspetti della vita. 3) Imparare come esprimere e gestire le emozioni difficili senza evitarle. 4) Sviluppare una relazione più equilibrata con il mondo, con le altre persone e con il se. Per quanto riguarda invece il lavoro con i carers, questo si prefigge lo scopo di raggiungere tre obiettivi principali: A) svolgere un esame dei possibili fattori predisponenti, si valuta il contesto in cui ci si relazione a livello sociale, con le altre persone con il se. B) Esaminare i possibili fattori perpetuanti, come le emozioni forti espresse nelle relazioni interpersonali e l'accomodamento ai sintomi. C) Sviluppare una relazione che possa moderare i comportamenti del disturbo alimentare.

Non sempre è facile coinvolgere la famiglia nel processo di trattamento del paziente in quanto, quest'ultimo, potrebbe non accettare la presenza del familiare o della famiglia. Se ad esempio il paziente è resistente all'idea di coinvolgere la famiglia, è importante dedicare del tempo a capirne le ragioni. Inoltre l'iniziale valutazione della famiglia serve per comprendere in che modo essa si è organizzata intorno al problema alimentare del figlio, in particolare, se ha assunto un comportamento tale per cui si adatta alle problematiche del soggetto con il disturbo alimentare, e quindi, in un certo modo, si muove in direzione opposta rispetto ai suggerimenti forniti dall'equipe. In aggiunta alla descrizione standard della malattia, fornite dall'equipe medica, segue poi, una lista degli obiettivi di condivisione e di informazioni e abilità utili ai carers. Tra le informazioni fornite c'è il rafforzare la fiducia della famiglia nell'importanza del loro contributo nel facilitare il cambiamento. Discutere i principi basilari di ciò che serve per rinforzare e favorire comportamenti positivi, per identificare gli inneschi dei comportamenti problematici. Tra le abilità troviamo: l'usare l'identificazione, l'affermazione, il tutoraggio e un approccio concentrato sulla soluzione, usare l'esternalizzazione per ridurre il livello di criticismo, sviluppare un'analisi funzionale delle interazioni familiari, insegnare abilità di buona comunicazione, promuove la soddisfazione all'interno del contesto familiare, imparare le abilità di facilitazione dei problem solving con i propri figli.

Sempre per supportare i familiari di persone con DCA l'ospedale Maudsley ha organizzato corsi per la famiglia e per i carers, perché hanno osservato che questi vogliono avere più informazioni possibili per aiutare il loro caro a superare la sua malattia. Il corso è rivolto a tutti i tipi di Carers (genitori, partner, fratelli), per tutte le forme di disturbo alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa, etc) ed in tutte le fasi della malattia e con tutti i livelli di gravità. L'obiettivo di questi corsi è quello di fornire ai carers le competenze, in modo che possano diventare più efficaci nell'aiutare il loro caro con un disturbo alimentare. Viene insegnato ai carers come evitare di avere reazioni emotivamente intense rispetto ai sintomi del disturbo alimentare; questo corso di formazione prevede l'insegnamento della gestione e organizzazione dei colloqui motivazionali utilizzabili dagli stessi carers, in modo tale che possano cambiare il loro rapporto con il disturbo alimentare, ed utilizzare tali competenze per aiutare il paziente con un dca a cambiare il suo comportamento; inoltre il corso serve a disinnescare parte del senso di colpa e della stigmatizzazione. La strutturazione del corso prevede due sedute settimanali, di 2 ore per 6 settimane. Durante le varie sedute vengono proposti dei laboratori e delle attività, al fine di individuare se, essi stessi, attuano dei comportamenti che mantengono i sintomi del disturbo alimentare e cercare di comprendere se sono disposti a cambiare queste modalità. Si chiede ai carers di analizzare che cosa ci sia nella propria situazione, che porta ad avere alti livelli di stress, e di fare un passo indietro rispetto alle emotività che stanno investendo solo sulla problematica del proprio figlio o figlia per pensare e riflettere anche sulle proprie esigenze. Questo permette ai genitori anche di rivalutare il loro comportamento di cura e, laddove possibile, desiderare di cambiarlo.

Un ulteriore, specifico programma, è quello intensivo di tre giorni con le famiglie per preparare la transizione dal trattamento in ricovero al trattamento ambulatoriale. L'intervento di 3 giorni coinvolge sia i pazienti che le loro famiglie. E' un intervento che è stato utilizzato principalmente per le persone sotto trattamento dell'anoressia nervosa durante il ricovero, come preparazione per il trasferimento in comunità. In questa fase, il rischio di ricaduta, dopo il ricovero, è alto ed è essenziale un'attenta pianificazione e preparazione. Questo intervento può essere utilizzato anche per gli individui ad alto rischio, che non rispondono alle cure ambulatoriali. La strutturazione in ambito ospedaliero, prevede la presenza di due famiglie che vanno a trascorrere 3 giorni nel reparto specifico adibito alla cura dei disturbi dell'alimentazione per lavorare insieme; l'esperienza dell'equipe medica ha dimostrato che questo tipo di intervento può portare a risultati migliori se viene effettuato nella prima parte del ricovero del paziente con DCA. Si consiglia, laddove è possibile, che le famiglie partecipino a tutti e tre giorni di programma. Il lavoro viene effettuato con tutti i carers- genitori (anche quelli separati o divorziati), partner, fratelli maggiori e figli dei malati. Il terapeuta si propone di abbinare le famiglie, se possibile, con una struttura familiare simile a un profilo della malattia simile. Lo scopo del lavoro è quello di formare una collaborazione tra i professionisti ed i carers, e le persone con DCA. In questi tre giorni vengono svolti vari esercizi seguendo un programma ben specifico. Questi servono per garantire, ai membri del gruppo, di fare un elenco e parlare delle cose di cui hanno bisogno, per esempio come affrontare il rifiuto di mangiare, come far fronte alle bugie, ... mentre le persone con DCA possono porre altri quesiti, ad esempio, come devono essere rispettati dalle loro famiglie, come comunicare, come poter diventare indipendenti; poi si cerca di porre l'attenzione sulle risorse e i punti di forza per comprendere come è la strutturazione della famiglia. Un esercizio viene svolto per lavorare sulla coppia e prevede che i carers descrivano cosa possono affrontare e cosa non possono affrontare (ad esempio, la depressione del malato, la possibilità di morte del malato, lo stigma, quello che i vicini stanno pensando di loro, eccetera). Durante l'esercizio, i terapeuti cercano di comprendere la nascita della malattia ed i fattori di mantenimento che la sostengono, attuando un ascolto riflessivo per intervenire su elementi quali, la comunicazione disfunzionale, in modo da poter apportare piccole variazioni nella relazione tra i componenti della famiglia. Il quarto esercizio si basa sul ricordare la cronologia degli eventi passati nel periodo dell'insorgenza della malattia, questo può aiutare a prendere in considerazione quelle che potrebbero essere stati i fattori scatenanti la malattia. L'esercizio 5 si basa su una cronologia futura della famiglia, cioè il terapeuta chiede di ipotizzare quello che ciascun membro della famiglia farà tra sei mesi, un anno o cinque anni. Lo scopo di questo esercizio è innanzitutto cercare di aumentare la motivazione pensando ad obiettivi futuri, creando dissonanza tra la situazione attuale e quella futura e in secondo luogo fissare gli obiettivi effettivamente raggiungibili dalla famiglia, al fine di migliorare la qualità della vita. Oltre al lavoro svolto all'ospedale, le famiglie devono svolgere dei compiti di scrittura per casa. Il primo compito a casa, per i membri della famiglia, è di scrivere delle lettere. Questo è un esercizio che garantisce che, tutti abbiano la

possibilità di riflettere e di esprimere i propri pensieri e sentimenti; infatti, si è scoperto che gli esercizi scritti, aiutano le persone ad elaborare le loro emozioni. Sono un mezzo utile per trattare con i sentimenti difficili e consentono alle persone di riflettere sui problemi e sulle difficoltà. Queste lettere possono essere il punto di partenza per una discussione generale su pensieri disfunzionali, reazioni ed interpretazioni della anoressia nervosa. Una strategia è che il terapeuta riporti alla normalità i problemi più comuni che si presentano. I temi nelle lettere possono fornire un'utile opportunità per una reale ristrutturazione cognitiva della famiglia e prevede un lavoro sulle espressioni e sulla elaborazione emotiva, perché le emozioni, possono divenire molto pesanti nel corso dei tre giorni di attività, e mentre alcune persone esprimono il loro dolore direttamente, altre lo trovano difficile. Successivamente, si lavora sulla scultura della famiglia che offre un modo non verbale di comunicare all'interno della stessa. L'immagine più comunemente desiderata è che la famiglia forma un cerchio in modo che ci sia parità di accesso e di vicinanza per tutti, ma con i genitori più vicini gli uni agli altri e un po' lontano dai loro figli. La scultura della famiglia, come le lettere, sviluppa una nuova forma di comunicazione all'interno della famiglia. L'ultimo giorno si lavora sul commentare le lettere scritte a casa. Spesso il figlio che presenta un disturbo dell'alimentazione rimane sorpreso dal contenuto delle lettere perché non credeva che i genitori avessero su di lui pensieri positivi nonostante il suo disturbo. Dei familiari, spesso, ignorano i sentimenti degli altri, in quanto vi può essere un modello di famiglia che sopprime piuttosto che esprimere le emozioni. Quindi le lettere possono essere un modo molto utile per aiutare chi soffre, per andare avanti, soprattutto se il rapporto tra i genitori e il malato è stato un po' sterile, con poco calore e con scarsi contenuti emotivi. Di conseguenza, nuove relazioni possono emergere all'interno delle famiglie spaccate. Una parte principale della terza giornata di lavori viene dedicata ad insegnare delle abilità, come una buona comunicazione e l'ascolto riflessivo; infine nella fase di chiusura dei tre giorni, i terapeuti riassumono le questioni emerse nei tre giorni di lavoro, e le famiglie vengono invitate a riassumere ciò che hanno acquisito. Diviene questa anche una fase di ascolto in cui viene data la possibilità, alle famiglie, di prendersi il giusto tempo per avere la possibilità di reagire e parlare delle loro opinioni. Il terapeuta utilizza l'ascolto riflessivo per approfondire la comprensione delle loro osservazioni, è cordiale e sottolinea i punti di forza della famiglia e non si concentra solo sulle carenze. Infine il terapeuta cerca di definire gli obiettivi in modo collaborativo e viene dato un appuntamento di monitoraggio.

Inoltre, sono stati attuati dei modelli di formazione a distanza che sono stati molto apprezzati dai carers in quanto, avere le competenze e la formazione simili a quelle utilizzate dai professionisti, ha potuto infondere un grande senso di padronanza e di responsabilizzazione verso la malattia del loro caro (Treasure et al., 2007). Tali formazione può essere gestita a distanza o tramite dei mezzi di supporto come DVD e internet. In uno studio pilota (Sepulveda et al., 2008), i risultati hanno mostrato che i partecipanti hanno espresso un alto livello di soddisfazione per molti aspetti della formazione in DVD, riportando una certa diminuzione di stress psicologico e depressione dopo l'intervento. Per quanto concerne il tutoraggio telefonico si è osservato, come spesso, i carers non sanno di che cosa possa trattarsi (Sepulveda et al., 2008), perciò si invia a quest'ultimi informazioni scritte su cosa aspettarsi prima dell'inizio delle sessioni di tutoraggio. In queste informazioni vengono descritti alcuni dei principi chiave motivazionali, insieme all'obiettivo fondamentale del processo, cioè quello di sperimentare i modi in cui il malato risponde ai sintomi, utilizzando le tecniche e le strategie illustrate nei materiali, sperando che ciò potrà avere un effetto positivo sul malato. Il tutor poi seguirà queste informazioni con una breve chiamata telefonica introduttiva che ribadisce alcuni dei punti principali. Un metodo alternativo di formazione a distanza è un programma interattivo basato su internet (superare l'anoressia on line -SAO-), integrato con le cartelle di lavoro che contengono gran parte di questo materiale (Schmidt et al., 2007). Tale metodo è supportato da un clinico o da telefonate settimanali o email per il carer, a seconda delle sue preferenze, rivolte ad insegnare ai carers ad applicare l'uso di semplici comunicazioni- espressioni da utilizzare in base alla propria specifica situazione, progettate per aiutare il carer a capire e agire sulle difficoltà del proprio familiare con anoressia nervosa, sulle proprie reazioni-problema e difficoltà in relazione a questo. I discorsi o frasi da dire sono illustrate attraverso l'uso di scenari di vita reale, che descrivono situazioni problematiche, (per esempio, una interazione difficile durante il pasto tra genitori e una figlia anoressica), mostrando i vari circoli viziosi di ogni membro della famiglia e le loro interazioni, e come tale situazione non faccia altro che peggiorare l'anoressia. Tramite questo intervento sono illustrati diversi modi di rottura dei circoli viziosi. L'intervento Sao, inoltre, contiene forum online dove

i carers possono mettere messaggi sulle bacheche per chiedere consigli, orientamento e sostegno e parlare con altri carers.

Per quanto riguarda la terapia cognitivo-comportamentale questa, prevede, come fase iniziale del trattamento, due incontri iniziali che prendono il nome di assessment nei quali il terapeuta, attraverso l'utilizzo dell'intervista, cerca di valutare la presenza di un qualsiasi problema di natura psichiatrica. Gli obiettivi sono quelli di, ingaggiare la paziente, stabilire la natura e la gravità del problema e decidere come meglio procedere. Questo perché, a volte, può succedere che dopo i primi due incontri conoscitivi, si può comprendere come un apparente disturbo dell'alimentazione, sia invece, un disturbo d'ansia che si manifesta per esempio, nella difficoltà della paziente a mangiare in pubblico dovuta ad una fobia sociale; oppure una grave perdita di peso può essere riconducibile ad un disturbo dell'umore causato da una depressione clinica, o ancora una paziente con obesità può presentare tali condizioni perché si alimenta eccessivamente. Il colloquio iniziale ha due obiettivi correlati fra loro. Il primo è quello di mettere la paziente a suo agio ed iniziare a costruire una relazione terapeutica positiva. L'altro scopo del colloquio iniziale è quello di stabilire la natura del problema alimentare, la sua gravità e l'adeguato passo successivo da compiere. Con le pazienti giovani è necessaria la presenza dei genitori o chi comunque, ha relazioni familiari significative, perché le informazioni, di chi accompagna la paziente, possono essere utili in quanto rivelano eventuali problemi non espressi dalla paziente o sulla relazione tra paziente e familiari. Per quanto concerne le pazienti adulte non è utile insistere sulla presenza di accompagnatori perché, magari, potrebbero aver voluto tenere nascosto il problema a questi.

Di solito, si chiede alle pazienti, di completare alcuni questionari prima dell'inizio del primo appuntamento. Questo è utile in quanto fornisce informazioni standardizzate sulla natura e la gravità del problema alimentare. I due questionari che vengono utilizzati maggiormente sono: l'Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q 6.0; (Fairburn & Begli, 1994, 2008), ed il Clinical Impairment Assessment CIA 3.0 (Bohn & Fairburn, 2008). L'EDE-Q fornisce una misura delle attuali caratteristiche del disturbo dell'alimentazione, ed il Cia valuta l'impatto di questa psicopatologia sul funzionamento psico-sociale. Inoltre, se una qualsiasi delle caratteristiche elencate di seguito, viene riscontrata in fase di assessment, il terapeuta dovrebbe assicurarsi, che la paziente, sia seguita da un medico per una valutazione fisica, anche se è improbabile che sia necessario un trattamento medico. Vale questa indicazione anche se queste caratteristiche si sviluppano e peggiorano durante il trattamento. Le prime sono le caratteristiche del disturbo dell'alimentazione (se queste sono presenti contemporaneamente, il livello di preoccupazione aumenta); si tratta di marcata ipoalimentazione, frequente vomito autoindotto, frequente uso improprio di diuretici e lassativi, esercizio fisico eccessivo quando in sottopeso, rapida perdita di peso, peso basso; Successivamente si devono osservare i sintomi o segnali fisici, (anche in questo caso se sono presenti contemporaneamente il livello di preoccupazione aumenta); si tratta di episodi in cui il paziente si sente di svenire o di cadere, episodi di disorientamento, confusione o perdita di memoria, sentire il cuore battere in modo insolito o dolori al petto; contrazioni o spasmi muscolari insoliti; respiro corto; gonfiore alle caviglie, braccia o viso; debolezza o sfinimento; difficoltà nel salire le scale o alzarsi dalla sedia senza usare le braccia; macchie di sangue nel vomito. Ci sono poi, situazioni per le quali è bene ritardare l'inizio del trattamento della CBT-E. Questo avviene nei casi in cui la paziente presenta una salute fisica molto grave, ed è opportuno che venga consultato, prima di tutto, un medico che valuti le condizioni della paziente. Nei casi in cui la paziente presenti una depressione clinica o che vive una situazione senza prospettive di miglioramento, in entrambi i casi con possibile rischio suicidario, il trattamento non deve essere intrapreso; a volte, non viene subito riscontrata una depressione clinica nei pazienti, in questi casi è bene prima affrontare il trattamento della depressione per poi, una volta risolta la problematica, iniziare il trattamento della CBT-E. Pazienti che presentano problematiche dovute all'utilizzo di sostanze, devono anche in questo caso, innanzitutto, affrontare una disintossicazione prima di iniziare un trattamento con la CBT-E.

Dal punto di vista degli esami medici e diagnostici, non è richiesto nessun esame medico per fare una diagnosi di disturbo dell'alimentazione, in quanto la diagnosi è fatta sulla base di aspetti comportamentali e cognitivi caratteristici.

La terapia cognitivo comportamentale utilizza, come descritto in precedenza, un trattamento base che prende il nome di CBT-E (trattamento cognitivo comportamentale,) adoperato per affrontare la

psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione, sia in pazienti di sesso femminile che maschile, sia per pazienti più giovani. La strategia che sostiene la CBT-E è quella di costruire una formulazione dei processi di mantenimento della psicopatologia della paziente ed utilizzarla per identificare gli aspetti che dovranno essere l'oggetto del trattamento stesso. È utile quindi costruire una formulazione personalizzata, che viene poi revisionata durante tutto il processo della terapia. Esistono degli aspetti standardizzati, ad esempio la CBT-E ha generalmente una durata fissa, in quanto la maggior parte delle pazienti affrontano 20 sedute di trattamento in 20 settimane; inoltre questa, ha quattro fasi ben definite: La fase 1 è una fase iniziale, durante la quale, gli appuntamenti sono due alla settimana, (ricerche hanno mostrato che l'entità del cambiamento, nelle prime settimane, è un potente predittore dell'esito del trattamento) ed è importante che il trattamento inizi bene. Gli scopi della fase 1 sono vari e prevedono l'ingaggiare la paziente nella terapia per il cambiamento, creare insieme a lei una formulazione personalizzata, fornire un'educazione pertinente ed introdurre due potenti procedure della CBT-E per tutte le pazienti con disturbi dell'alimentazione che sono il pesarsi in seduta e mangiare regolarmente. La fase due è una breve fase di transizione in cui, il terapeuta e la paziente, fanno la revisione del lavoro svolto, rivedono i progressi fatti, identificano gli ostacoli al cambiamento, modificano la formulazione secondo le necessità e pianificano la fase 3. La revisione nella fase due ha svariate finalità, la principale delle quali è identificare i pazienti che non stanno migliorando, ed è a questo punto che la CBT-E diviene altamente individualizzata. La fase 3 è il corpo principale del trattamento ed il suo scopo è quello di affrontare i meccanismi più importanti di mantenimento del disturbo dell'alimentazione della paziente; questa fase prevede 8 appuntamenti con cadenza settimanale. La fase 4 è la fase finale del trattamento e l'attenzione si sposta al futuro. Ci sono due obiettivi principali, Il primo è quello di assicurarsi che i cambiamenti siano mantenuti, in particolare nelle venti settimane seguenti fino a quando sarà tenuto l'incontro di revisione) e ridurre i rischi di ricaduta a lungo termine; La quarta fase prevede che gli appuntamenti siano pianificati con intervalli di due settimane.

Esistono diverse forme di CBT-E. La versione principale è quella focalizzata esclusivamente sulla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione; questa forma è adatta alla maggioranza dei pazienti e può essere considerata come la versione base. La versione allargata è stata progettata per affrontare i meccanismi esterni al nucleo del disturbo dell'alimentazione che, in alcuni pazienti, contribuiscono al suo mantenimento; Questa versione a tre moduli aggiuntivi, in cui, il trattamento, prevede che si affronti il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali. La CBT-E è stata anche modificata per adattarla alle pazienti più giovani e a quelle che necessitano di un trattamento in regime di ricovero. Esistono inoltre, in aggiunta, due varianti di CBT-E : una di tipo ambulatoriale standard, ed una versione intensiva. Tuttavia la versione da 20 sedute è adatta per più del 80% delle pazienti adulti.

Nella CBT-E, stabilire una relazione di lavoro collaborativa tra terapeuta e paziente, risulta di fondamentale importanza; l'obiettivo, è quello che, la paziente ed il terapeuta, lavorino insieme per eliminare il problema alimentare; Questo è un aspetto fondamentale vista anche l'importanza che le pazienti, con disturbo dell'alimentazione, riservano al tema del controllo. È anche di fondamentale importanza nella CBT-E condurre, da parte delle pazienti, un'auto monitoraggio e completare con successo i compiti assegnati. La CBT-E si basa su due principi fondamentali: preferire le procedure più semplici a quelle complesse e fare poche cose bene piuttosto che farne molte ma male. Ciò che conta è l'efficacia di una procedura o di una strategia, ed alle pazienti si chiede principalmente di individuare i propri pensieri ed emozioni riguardo a situazioni specifiche; perciò, la modalità più efficace per produrre un cambiamento cognitivo è quella di aiutare le pazienti a modificare il comportamento, per poi analizzarne gli effetti e le implicazioni. E' ritenuto essenziale che le pazienti imparino a decentrarsi, non dai pensieri di malattia, ma dal loro problema. Vengono incoraggiate così ad auto-monitorarsi e a comprendere come funziona la loro formulazione dei pensieri. Questo fa sì che, attivamente, la paziente possa essere in grado di modificare almeno in parte il proprio modo di pensare, così che impari a modificarli per gestire più efficacemente le scivolate e le difficoltà che, altrimenti, potrebbero portare a delle vere e proprie ricadute. Per quanto concerne la possibilità di coinvolgere gli altri significativi ci sono due specifiche indicazioni per decidere se coinvolgerli oppure no: in primo luogo vengono coinvolti solo se gli altri possono essere d'aiuto alla paziente nel suo cambiamento, mentre non lo si ritiene opportuno nel caso in cui, gli altri rendono difficile il cambiamento della paziente, come nel caso in cui si facciano dei commenti inopportuni per ciò che riguarda l'aspetto o l'alimentazione

della paziente. Di norma, vengono effettuate almeno una seduta con gli altri significativi nel 75% dei casi, anche se con le pazienti sottopeso e con le pazienti adolescenti questa avviene con maggiore frequenza.

Nella terapia base della CBT-E si osserva che la prima fase (suddivisa in due sedute), prevede nella prima seduta, il raggiungimento, se possibile, di 7 scopi principali: 1) coinvolgere la paziente nel trattamento e nella prospettiva di cambiamento; 2) valutare la natura e la gravità della psicopatologia presente; 3) creare insieme una formulazione dei processi di mantenimento del problema alimentare; 4) spiegare cosa implicherà il trattamento; 5) instaurare l'automonitoraggio in tempo reale; 6) confermare l'assegnazione dei compiti a casa; 7) riassumere la seduta e fissare il prossimo appuntamento. La seconda seduta prevede, come nella prima, una fase iniziale, che assume una funzione fondamentale, cioè coinvolgere il/la paziente. A tal proposito, il terapeuta dovrebbe cercare in tutti i modi, di creare entusiasmo, speranze e motivazione ed allo stesso tempo affrontare le preoccupazioni, i dubbi, il pessimismo della paziente. In questa seduta ci sono quattro ulteriori obiettivi prioritari: 1) avviare la misurazione del peso in seduta; 2) esaminare le schede di monitoraggio; 3) esaminare la formulazione; 4) fornire un'educazione relativa al check del peso e al peso stesso. Infine, al termine della seconda seduta, vengono assegnati due tipi di compiti a casa: migliorare l'automonitoraggio e resistere dal pesarsi a casa. Anche in questo caso il terapeuta dovrebbe concludere la seduta riassumendo i contenuti, ripetendo i compiti assegnati e fissando il prossimo appuntamento.

Una volta completata la fase 1 che ingloba le prime due sedute, si passa alle 6 sedute successive che hanno cadenza di incontri che avvengono ogni due settimane. A partire dal terzo incontro, questi hanno una struttura standard, che prevede una durata dell'incontro di circa 50 minuti e comprende i seguenti elementi: 1) misurare il peso in seduta (prevede una misurazione collaborativa della durata di circa 5 minuti); 2) esaminare le ultime schede di monitoraggio e qualsiasi compito assegnato (fino a 10 minuti); 3) Impostare, in modo collaborativo, l'ordine del giorno (3 minuti); 4) seguire l'ordine del giorno e accordarsi sui compiti a casa (fino a 30 minuti); 5) riassumere la seduta, confermare i compiti assegnati e fissare l'appuntamento successivo (3 minuti). L'abbandono di questa struttura standard può avvenire nel caso in cui sia impossibile aderirvi o se farlo risulta inappropriato; ad esempio, può avvenire se la paziente sta attraversando un momento di profonda crisi. Per quanto riguarda il contenuto della parte centrale della seduta, questo varia da paziente a paziente, ed è dettato dalla sua specifica psicopatologia, dalle strategie e procedure introdotte fino a quel momento e dai progressi fatti dalla paziente. Le sedute successive poi, hanno nuovi obiettivi che sono: 1) fornire alla paziente un'educazione sui problemi alimentari mediante una "lettura guidata"; 2) stabilire un modello (pattern) di alimentazione regolato, (affrontando aspetti quali lo stile alimentare, il purging, la sensazione di pienezza, il basso peso corporeo e l'eccessivo esercizio fisico); 3) coinvolgere gli altri significativi se la paziente lo ritiene opportuno. Per assicurarsi che le pazienti abbiano una fonte attendibile di informazioni, gli autori del libro, raccomandano la lettura di uno dei più autorevoli libri a carattere divulgativo scritti sul tema dei disturbi dell'alimentazione, utilizzando di solito "Come vivere le abbuffate" (Fairburn, 1995). Inoltre si svolge una psico-educazione che tocca i temi che maggiormente riflettono le preoccupazioni estreme, tipiche delle caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione. Uno dei punti che viene affrontato è quello di stabilire una alimentazione regolare. L'intervento di regolarizzazione dell'alimentazione è fondamentale per un trattamento di successo, qualsiasi sia la forma del disturbo dell'alimentazione. Esso costituisce le fondamenta su cui si costruiscono gli altri cambiamenti; ad esempio, per le pazienti che si abbuffano, la regolazione dell'alimentazione contribuisce, con alta probabilità, ad una rapida diminuzione della frequenza delle abbuffate. Per le pazienti che hanno abitudini alimentari non strutturate e in qualche modo caotiche, un'alimentazione regolare fornisce struttura e controllo. Per le pazienti con un livello elevato di restrizione dietetica cognitiva, un'alimentazione regolare contrasta un'importante modalità di stare a dieta, detta alimentazione infrequente o posticipata, che prevede mangiare di rado o rimandare i pasti. Per le pazienti sottopeso, l'intervento introduce pasti e spuntini regolari che possono, successivamente, essere ampliati in quantità. Tuttavia, quando si aiutano le pazienti ad adottare questo tipo di pattern alimentare, possono insorgere delle difficoltà che di solito vengono raggruppate in 6 difficoltà: 1) la prima prevede che la paziente abbia la percezione di aver fallito nel controllo alimentare, e di conseguenza, abbandona ogni sforzo per il resto della giornata perché può considerare anche una leggera scivolata come un fallimento. È importante far comprendere alla paziente che esistono diversi gradi di aderenza all'intervento di alimentazione regolare, quindi potrebbe essere utile fare una sorta di graduatoria, che va da una scala da 0 a 5, dove la paziente riporta i vari gradi di aderenza giornaliera,

utilizzando le schede di monitoraggio. 2) un'altra difficoltà riportata dalle pazienti è quella in cui riferiscono di non aver mai mangiato in questo modo, né lo fa la propria famiglia o gli amici; in questi casi alle pazienti è utile rispondere che, alimentarsi in questo modo le aiuterà a superare il problema alimentare e sarà fondamentale per apportare ulteriori cambiamenti.

3) Alcune pazienti sono riluttanti all'idea di fare pasti e spuntini in quanto sono convinte che questo comporterà un aumento di peso; a queste si può rispondere che tutto ciò avviene raramente, perché alla paziente, non è chiesto di modificare la quantità di ciò che mangia né cosa mangia.

4) Un problema comune è che alcune pazienti tendono a sentirsi piene dopo aver mangiato poco, e che questa sensazione produce in loro, il desiderio di vomitare o prendere lassativi; questo è un fenomeno che colpisce soprattutto le pazienti sottopeso, però occorrerà rassicurarle che la sensazione di pienezza, di solito, scompare entro un'ora. 5) Alcune pazienti obiettano, per principio, all'idea di una pianificazione, in quanto tendono a dare molta importanza alla spontaneità ed alla imprevedibilità. In questo caso si dovrebbero avvertire le pazienti che per le successive 20 settimane, cioè la durata della terapia, è nel suo interesse, a lungo termine, essere regolare e prevedibile nelle proprie abitudini alimentari, perché se non lo farà, le probabilità di superare il problema alimentare diminuiranno. 6) Infine, alcune pazienti sono contrarie all'uso di distrazioni (uno dei consigli offerti dai terapeuti è quella di programmare una lista di attività da fare, di facile accesso, nei momenti di maggior difficoltà nel rispettare le regole alimentari) in quanto pensano, che la distrazione, serve solo a posticipare il momento, inevitabile, di abbuffarsi; in questo caso il terapeuta deve spiegare loro che, utilizzare le distrazioni, le aiuterà ad imparare a resistere all'impulso di mangiare tra i pasti e gli spuntini pianificati e sarà una conquista ogni volta che ci riusciranno. Nel programma educativo viene affrontato anche lo stile alimentare della paziente. Questo aspetto deve essere preso in esame solo se comporta, per la paziente, problemi evidenti. Ciò che viene spiegato è che è meglio formalizzare i pasti, cioè avere un inizio e una fine ben precisi; è meglio evitare di mangiare direttamente dalle confezioni o dai tegami; è meglio non mangiare mentre si svolgono altre attività, in quanto può portare ad alimentarsi in eccesso involontariamente; è meglio non piluccare il cibo perché delle pazienti tendono a piluccare tra un pasto e l'altro o mentre cucinano. Un modo per contrastare questa fase è quello di masticare una gomma, in quelle fasi di rischio elevato, inoltre, si impara alle pazienti a mangiare lentamente perché gli permette di controllare meglio le quantità ingerite.

Affrontare il purging è un altro punto di interesse, in quanto, il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici possono svolgere, nelle pazienti con DCA, varie funzioni. Questo purging può essere sia compensatorio o non compensatorio, ma a prescindere dalla modalità di innesco del purging, è fondamentale evidenziare l'inefficacia di questo sul controllo del peso e della forma del corpo, e che viene eliminata solo una parte di cibo che è stato ingerito; queste informazioni sono utili ad incoraggiare le pazienti ad interrompere questo procedimento, che non fa altro che consolidare abitudini alimentari non salutari. Inoltre, a molte pazienti con disturbi dell'alimentazione, non piace la sensazione di essere piena, in quanto la considerano una prova del fatto che hanno mangiato eccessivamente o che sono grasse, di conseguenza, si restringono l'alimentazione, per evitare di sentirsi piene, oppure vomitano dopo aver mangiato. Sentirsi piena è una etichetta utilizzata per una serie di esperienze diverse: provare una sensazione fisica interna di pienezza, pensare di aver mangiato troppo, avere la percezione che il proprio addome sia eccessivamente sporgente, sentirsi gli abiti troppo stretti, sentirsi grasse. Il modo migliore per comprendere la sensazione che prova ciascuna paziente, è quello di effettuare un monitoraggio in tempo reale delle occasioni in cui la paziente si sente piena e le circostanze e le sensazioni associate; una volta che è stata identificata la tipologia di esperienza vissuta nella paziente, il terapeuta dovrebbe intervenire direttamente sull'argomento, seguendo delle linee guida in base alla sensazione provata dalla paziente. Molte pazienti hanno un indice di massa corporea compreso tra 15 e 18,9 questo è dovuto a una forte ipoalimentazione, che contribuisce al mantenimento del disturbo, quindi è fondamentale incoraggiare le paziente a prendere peso. Non è raro, poi, notare nelle pazienti che presentano un disturbo dell'alimentazione la tendenza a svolgere una attività fisica spesso in eccesso. Così come il purging, anche l'esercizio fisico può essere classificato a seconda delle sue funzioni. Abbiamo un esercizio fisico compensatorio, quando è utilizzato per compensare specifici episodi di alimentazione in eccesso reale o percepita, oppure per bruciare calorie, in modo tale da accumulare una sorta di credito prima di mangiare (questo è un meccanismo, che prende il nome di comportamento a debito). L'esercizio fisico non compensatorio è simile ad altre forme abitudinarie di controllo del peso come ad esempio lo stare a dieta. E' bene spiegare a tali pazienti, nel caso in cui, per

queste, l'esercizio fisico diviene un serio problema da gestire, che l'eccessiva attività fisica, può togliere tempo per altri domini della vita come quelli socializzanti, può portare ad avere infortuni, può portare a dei scompensi o deficit cardiaci (nel caso delle pazienti sottopeso) etc. Ciò che le pazienti devono fare è svolgere attività fisica in modo diverso e meno eccessivo e magari in compagnia; inoltre si è visto che l'utilizzo della CBT-E fa sì che, man mano che si affievolisce la preoccupazione per l'alimentazione, anche gli elementi secondari, come appunto l'eccessivo esercizio fisico, si vanno ad attenuare.

Altro argomento che viene affrontato in questa fase è quello del coinvolgimento o meno, degli altri significativi. La loro presenza non è necessaria nel trattamento con la CBT-E. Tuttavia, se sono in grado di apportare dei contributi utili per aiutare, durante il trattamento, la paziente (con il consenso di quest'ultima), e se contribuiscono all'eliminazione della segretezza, (il mantenimento di questa, può avere l'effetto di facilitare il perseverare in certi comportamenti di mantenimento del dca) allora possono essere svolti degli incontri anche con i genitori o figure di riferimento.

Successivamente, si entra nella fase due del trattamento, che prevede, di solito, due sedute e si pone 5 obiettivi, che sono: 1) condurre insieme una revisione dei progressi, per valutare la buona riuscita iniziale del trattamento. Una buona idea è quella di chiedere, alla paziente, di completare nuovamente l'EDE-Q ed il CIA, in modo tale che, sia il terapeuta che la paziente, possono valutare la natura e l'entità del cambiamento. Lo scopo in questa fase è quello di identificare gli aspetti che rimangono ancora problematici e che dovranno essere affrontati, mentre si possono benissimo evidenziare anche i cambiamenti che si sono verificati. Se i risultati ottenuti sono minori rispetto a quelli che si pensava di poter ottenere, si deve valutare se è presente nella paziente una depressione clinica (elementi come l'autocritica, riduzione dell'entusiasmo o motivazione, scarsa volontà di eseguire i compiti a casa), ed in caso affermativo sospendere il trattamento, trattare la depressione, ed una volta superata la fase depressiva, riprendere la CB-E. 2) Identificare le barriere al cambiamento. Questo comprende il valutare il grado di attitudine della paziente, nei confronti del trattamento e dell'utilizzo delle varie procedure. Per fare ciò, il terapeuta propone una tabella che elenca gli elementi del trattamento. Se alcuni punti elencati nella scheda hanno dei risultati negativi, devono essere trattati per capire quali sono le barriere che ostacolano l'effettivo cambiamento nella paziente. 3) Altro aspetto da valutare è quello del rivedere la formulazione. In base a quanto si è appreso durante la fase 1 e di quanto è emerso dalla revisione dei progressi ottenuti e delle barriere al cambiamento, si valutano le possibilità di dover rivedere la formulazione del trattamento concordato tra terapeuta e paziente. Di solito non avvengono cambiamenti, ma a volte vengono individuati i problemi ed i processi che non erano evidenti nell'assessment iniziale, al momento della prima stesura della formulazione. 4) Ultimo punto da valutare in questo periodo del trattamento è quello relativo al progettare la fase 3.

La fase 3 costituisce la parte centrale del trattamento nel corso della quale, il terapeuta, affronta i meccanismi chiave del mantenimento del disturbo alimentare della paziente. I 6 principali meccanismi di mantenimento sono: l'eccessiva valutazione della forma corporea e del peso; l'eccessiva valutazione del controllo alimentare; restrizione dietetica cognitiva; restrizione dietetica calorica; essere sottopeso; cambiamenti alimentari scatenati da eventi o stati dell'umore. Per quanto riguarda l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso, la maggior parte degli adulti con un disturbo dell'alimentazione, presentano questo tipo di caratteristica che prende il nome di nucleo psicopatologico. L'eccessiva valutazione del controllo alimentare riguarda un sottogruppo di pazienti che mostra una valutazione eccessiva del controllo alimentare in sé piuttosto che il desiderio di controllare l'alimentazione al fine di influenzare il peso e la forma del corpo. Sono pazienti preoccupate soprattutto dei dettagli della loro alimentazione, (ad esempio controllano l'apporto calorico, la scelta del cibo eccetera). La restrizione dietetica cognitiva indica il tentativo di restringere l'alimentazione; questo può portare o meno ad una ipoalimentazione in senso fisiologico, cioè ad una restrizione dietetica calorica. La maggior parte delle pazienti con un disturbo dell'alimentazione, sviluppa una forma particolarmente rigida di restrizione dietetica cognitiva. La restrizione dietetica calorica si riferisce ad una vera e propria ipoalimentazione in senso fisiologico; provoca una perdita di peso o il mantenimento di un peso eccessivamente basso; si tratta di soggetti con un indice di massa corporea (IMC) inferiore a 19. I cambiamenti alimentari, scatenati da eventi o emozioni, riguardano molte pazienti che sono influenzate, nella loro alimentazione, dalle circostanze e dalle emozioni. Si è osservato che il disturbo

dell'alimentazione è molto reattivo e che alcune delle sue caratteristiche possono avere la funzione di aiutare la paziente a fronteggiare emozioni e pensieri negativi; questo riguardo in particolar modo gli episodi di abbuffate e vomito; anche l'esercizio fisico può avere lo stesso scopo. Una volta analizzati con la paziente, tali aspetti, il terapeuta darà il via alla fase 3, partendo dall'elemento che maggiormente contribuisce al mantenimento del disturbo alimentare. Si è visto, inoltre, come le caratteristiche principali, fulcro per il mantenimento del DCA, sono: la valutazione eccessiva della forma del corpo, del peso ed il loro controllo. Queste prendono il nome di nucleo psicopatologico distintivo. L'esperienza clinica e i dati di ricerca suggeriscono che, finché questo nucleo non sarà trattato con successo, le pazienti continueranno ad essere ad alto rischio di ricaduta. Tale nucleo occupa un posto centrale nella maggior parte delle formulazioni delle pazienti e costituisce l'obiettivo principale del trattamento, che tenta, quantomeno, di ridurre tale psicopatologia. Questa fase del trattamento si compone di 6 elementi principali: 1) Identificare la valutazione eccessiva e le sue conseguenze (primo elemento). Il punto di partenza consiste nell'istruire la paziente sull'argomento, piuttosto complesso, dell'autovalutazione; successivamente il terapeuta, aiuta la paziente, ad identificare il proprio particolare schema di autovalutazione, ed infine si discutono le implicazioni di questa schema che viene prodotto dalla paziente stessa. La lista che viene stilata dalle paziente, nella maggior parte dei casi riguarda il check verso la forma del corpo e del peso e la capacità di tenerli sotto controllo; Il miglior indizio sull'importanza di certe elementi derivano dall'intensità emotiva che essa produce, all'idea che le cose possano andare male in quella determinata area. Il terapeuta suggerisce un piano per affrontare le preoccupazioni relative al check della forma del corpo del peso; ciò implica l'utilizzo di due strategie complementari, dove la prima prevede il promuovere l'importanza di altri domini di autovalutazione (secondo elemento), ed affrontare il check e l'evitamento della forma corporea (terzo elemento). La marginalizzazione, che è una condizione abbastanza comune in queste pazienti, mostra le altre aree della vita ridursi notevolmente alle quali viene attribuita poca importanza. L'obiettivo, quindi, è che le pazienti rivolgano il proprio interesse ad altre aree della vita e che queste aree divengano più importanti nella loro autovalutazione. L'altra strategia prevede il ridurre l'importanza della forma del corpo, del peso e del controllo. È molto utile affrontare il check della forma del corpo, in quanto tende ad avere particolare influenza sul mantenimento dell'insoddisfazione per la forma del corpo. Tale strategia è stata apprezzata solo recentemente, in quanto si è compreso che c'era una mancanza di consapevolezza da parte delle pazienti e tale mancanza era dovuta, in parte, al fatto che le pazienti non rivelavano tali comportamenti a meno che non gli venisse chiesto in maniera diretta, ma in verità, c'è da dire che molti pazienti non sono neppure consapevoli di fare check. Il compito del terapeuta inizialmente, è quello di istruire le pazienti sul check e l'evitamento nella forma del corpo e sui loro effetti. Successivamente, lo stesso deve valutare il check della forma del corpo della paziente, chiedendo, alla paziente, di registrare ogni azione in cui si controlla, proprio perché, essendo un'abitudine radicata per lei, non c'è consapevolezza di metterlo in atto. Una volta identificate le varie forme di check del corpo, il terapeuta dovrebbe chiedere alle pazienti il perché si controllano in tal modo e quali sono le conseguenze. Il passo successivo è la categorizzazione delle forme di check individuate in due gruppi: quelle che è bene interrompere (eliminare il metro per misurare la circonferenza delle cosce, controllare che ci sia dello spazio tra le gambe quando si sta in piedi con le ginocchia vicine, pizzicare parti del corpo per valutarne la grassezza, etc), e quelle da modificare. Tra queste ultime risulta il check relativo al guardarsi allo specchio. Questo rituale, spesso, porta le pazienti ad avere giudizi sul proprio corpo del tutto sballate, tant'è che molte di loro hanno affermato come, al primo sguardo, si sono viste come realmente sono, e solo dopo aver realizzato di chi si trattasse, si sono viste negativamente. Le pazienti devono divenire consapevoli del loro uso dello specchio e mettersi in discussione prima di farlo, con l'obiettivo di modificare il comportamento e migliorare l'interpretazione di ciò che vedono; un consiglio è quello di limitare l'uso dello specchio. Poi si deve affrontare con la paziente la tendenza a confrontarsi con gli altri perché ciò, mantiene attivamente le preoccupazioni sulla propria forma del corpo, a causa dei continui paragoni, portandole alla conclusione che il proprio corpo non è attraente come quello delle altre donne. Per eliminare o ridurre questo check ci sono otto passi da affrontare che sono: spiegare il rationale di tale intervento; identificare quando e come la paziente mette in atto il confronto; aiutare la paziente a considerare se il confronto è intrinsecamente distorto, sia in termini della persona scelta, sia nel modo in cui era valutata la sua forma del corpo; progettare compiti a casa per esplorare qualsiasi distorsione nel fare confronti; esplorare le implicazioni di una qualsiasi distorsione individuata; discutere come le pazienti si confrontano con gli altri, in termini di un unico dominio cioè l'aspetto fisico, rispetto ad altri domini come la

personalità, l'intelligenza, etc; esplorare le conseguenze del mettere in atto confronti; modificare la modalità di fare confronti. Ulteriore check da affrontare, e laddove possibile, migliorare è l'affrontare l'evitamento della forma del corpo, che può essere un check molto disagiata, in quanto oltre a mantenere l'insoddisfazione per la propria forma del corpo, può condurre la paziente a non essere in grado di socializzare. La strategia prevede che, le pazienti, devono abituarsi alla visione del proprio corpo e imparare a fare il confronto imparziale con il corpo altrui, smettere di vestirsi e spogliarsi al buio, imparare ad usare lo specchio, etc. Il quarto elemento, che il trattamento va ad esaminare, riguarda l'affrontare il sentirsi grassa. Il sentirsi grassa è un'esperienza riportata da molte donne, ma l'intensità e la frequenza di queste sensazioni sembra essere molto maggiore nelle persone con il disturbo dell'alimentazione; sentirsi grassa tende ad essere equiparato con l'essere grassa, al di là di quella che sia la forma del corpo o il peso reale della paziente. Perciò, il sentirsi grassa non è solo un'espressione dell'eccessiva preoccupazione per la forma del corpo ed il peso, ma contribuisce a mantenere tale preoccupazione. È opinione che nelle pazienti con disturbi dell'alimentazione, il sentirsi grasse, sia spesso, il risultato di un'etichettamento inaccurato di certe emozioni ed esperienze. Potrebbe essere una conseguenza delle preoccupazioni durature e profonde verso la forma del corpo; di solito non viene affrontato il problema del sentirsi grassa finché non è stato risolto quello del check e dell'evitamento della forma del corpo. Sono 6 i passi da compiere nel trattamento del sentirsi grassa: 1) stabilire se le pazienti, a volte, si sentono grasse e chiedere se questo è un problema; 2) istruire le pazienti sul sentirsi grasse; 3) chiedere alle pazienti di monitorare quando hanno una sensazione particolarmente intensa di grassezza; 4) nella seduta successiva, rivedere ogni manifestazione del sentirsi grassa inerente al contesto in cui si presenta, e della presenza di una qualsiasi sensazione o un'emozione mascherata; 5) conseguentemente, le pazienti dovrebbero fare pratica nell'identificare quando hanno queste intense sensazioni di grassezza, o porsi la domanda "cosa sto realmente provando in questo momento e perché?"; 6) affrontare gli eventi scatenanti, generalmente utilizzando l'approccio di problem solving. A proposito delle sensazioni corporee, il terapeuta, dovrebbe aiutare la paziente a comprendere che il problema è la sua interpretazione negativa di tali sensazioni e non sono le sensazioni in sé. Questo complesso insieme di strategie, procedure complementari, generano una progressiva erosione delle principali espressioni della valutazione eccessiva della forma del corpo e del peso. La rimozione del loro effetto di rinforzo sul nucleo psicopatologico, a sua volta ha un graduale ma profondo impatto sul nucleo psicopatologico stesso; un effetto che continua anche dopo che il trattamento si è concluso. Questo effetto è aumentato anche dall'incremento dell'importanza di altri domini di vita oltre che dal trattamento della restrizione dietetica. Continuando nel trattamento, il quinto elemento che viene affrontato è l'esplorazione della valutazione eccessiva. Verso la fine del trattamento, è utile esplorare le origini della sensibilità della paziente nei confronti della forma del corpo, peso ed alimentazione. Questo può aiutare a comprendere in quale modo si è sviluppato ed è voluto il problema alimentare; per aiutare le pazienti a rivedere il passato, che in CBT-E, viene definito revisione storica, si può chiedere alle pazienti di considerare 4 periodi della propria vita: 1) prima dell'insorgenza del disturbo dell'alimentazione; 2) i 12 mesi immediatamente precedenti rispetto all'esordio; 3) i dodici mesi successivi all'esordio; 4) Da allora in poi. All'interno di ciascun periodo le pazienti dovrebbero considerare se, un qualsiasi evento o circostanza, può averle sensibilizzate verso una propria forma del corpo, peso o alimentazione, rinforzando preoccupazioni esistenti, così facendo si possono costruire ipotesi sul motivo per cui il problema alimentare si è sviluppato e si è evoluto. Revisionare il passato in questo modo, sembra dare beneficio alle pazienti, soprattutto a coloro che sono in grado di vedere che i propri problemi alimentari stanno iniziando a scomparire; inoltre ha un'importante funzione normalizzante. Il sesto elemento che viene affrontato è quello relativo all'imparare a controllare lo stato mentale del disturbo dell'alimentazione. Le strategie cognitivo-comportamentali utilizzate nella CBT-E sono progettate per trattare le caratteristiche chiave del disturbo dell'alimentazione ed i processi che lo mantengono. Di conseguenza, i meccanismi che hanno mantenuto lo stato mentale di tale disturbo vengono gradualmente erosi; questo ha l'effetto di permettere che si attivino stati mentali più salutari ed appropriati alle circostanze. È a questo punto che la paziente deve imparare a riconoscere gli stati mentali che stanno attivandosi e come controllarli; più precisamente possono imparare ad identificare gli stimoli che tendono a far emergere i pensieri relativi al disturbo, in modo tale poi che possono disattivare lo stato mentale. Per fare ciò, si allenano le pazienti a riconoscere i vari passaggi di riattivazione e disinnescimento di tali stati mentali. Il primo passaggio prevede l'identificare gli stimoli che riattivano lo stato mentale. Inizialmente, quando le pazienti hanno solo iniziato da poco a vivere i periodi in cui non è attivato il cosiddetto disturbo alimentare, sono più vulnerabili al fatto

che può essere attivato da una varietà di stimoli, legati al peso, alla forma del corpo, perciò, è utile per loro, imparare quali tipi di stimoli hanno maggiore probabilità di fungere da fattori scatenanti, ed essere vigili ad individuarli in tempo reale. Il riconoscere il riattivarsi dello stato mentale è un altro punto cruciale di questa fase di apprendimento per le pazienti, in quanto ci saranno inevitabilmente circostanze in cui lo stato mentale si riattiverà e la paziente inizierà ad avere pensieri e sensazioni che la porteranno ad essere coinvolta in comportamenti tipici del disturbo dell'alimentazione. Perciò, le pazienti, devono imparare ad individuare l'entrata nello stato mentale del disturbo dell'alimentazione, in modo tale che prima lo faranno prima sarà facile uscirne. Disattivare lo stato mentale diviene l'ultima delle sequenze di disinnescamento da apprendere per le pazienti. Il disattivare uno stato mentale del disturbo dell'alimentazione è relativamente semplice se viene fatto subito dopo che è stato attivato, ma ciò diventa progressivamente più difficile se i meccanismi di mantenimento iniziano ad operare, bloccandolo. In questi casi, le pazienti devono fare due cose: la prima e fare la cosa giusta, generalmente l'opposto del comportamento spinto dallo stato mentale del disturbo dell'alimentazione, cioè seguire ciò che è stato appreso nel trattamento per superare tale disturbo e poi impegnarsi in attività interpersonali distraenti.

Durante il proseguo del trattamento c'è un aspetto di notevole importanza, già in parte descritto nella pagina precedente, che emerge in molte storie di pazienti con DCA, ed è quello dell'influenza che gli eventi esterni ed i cambiamenti emotivi apportano sulle abitudini alimentari di tali pazienti. Tali cambiamenti possono assumere varie forme, come il mangiare meno, smettere di mangiare del tutto, mangiare in eccesso.... ci può essere un'esplicita abbuffata, o un cambiamento nella frequenza del purging o nell'intensità dell'attività fisica. La causa può essere attribuita ad una serie di meccanismi che sono: A) mangiare meno per guadagnare la sensazione del controllo personale, aspetto che si riscontra spesso nelle pazienti sottopeso; B) mangiare meno per influenzare gli altri, per esempio per dimostrare disprezzo o rabbia; C) mangiare in eccesso come gratificazione; D) abbuffarsi e vomitare o entrambi, per fronteggiare gli eventi difficili o gli stati d'umore negativi. L'abbuffarsi, inoltre, è una distrazione e può distogliere la mente della paziente dai problemi preoccupanti, oppure ha un effetto diretto sulla modulazione dell'umore, in quanto smorza stati emotivi intensi; quest'ultimo aspetto vale anche per il vomito e la intensa attività fisica.

Nella fase 3 l'obiettivo è di aiutare le pazienti a gestire direttamente ed efficacemente gli eventi, gli stati emotivi senza che influenzino la loro alimentazione. Il terapeuta può utilizzare due strategie come il problem solving proattivo, per affrontare gli eventi scatenanti, o lo sviluppo di metodi funzionali di modulazione delle emozioni, per fronteggiare i cambiamenti alimentari collegati agli stati emotivi. Il training in problem solving si rivela molto efficace nella maggioranza dei casi ed è apprezzato dalle pazienti. Esso comprende 7 procedure: 1) il terapeuta dovrebbe identificare un recente esempio di cambiamento dell'alimentazione collegato ad un evento, ad esempio, un disaccordo con un amico o con un collega in ambito lavorativo. 2) Si dovrebbe ricostruire la sequenza di eventi che provocano il cambiamento dell'alimentazione, e questa sequenza necessita di una ricostruzione dettagliata, relativa agli eventi che fanno innescare determinate emozioni, pensieri etc.. 3) Il terapeuta dovrebbe aiutare la paziente a capire che tale sequenza può essere spezzata, Infatti l'obiettivo è introdurre il concetto che tali cambiamenti nell'alimentazione non sono inevitabili (un esempio può essere quello di invitare un amico a vedere un film in modo da distogliere il pensiero da tali comportamenti disfunzionali). 4) Si dovrebbe insegnare alla paziente come usare il problem solving creativo, per affrontare gli eventi che scatenano il cambiamento alimentare, perché alcune pazienti tendono a considerare il cambiamento nella propria alimentazione, come per esempio l'abbuffata, come il problema mentre è la loro risposta al problema.

Un problem solving efficace di solito prevede i seguenti passi: A) identificare il problema prima possibile, ad esempio, se si avrà con molta probabilità, un problema nella serata (ad esempio non sapere cosa fare), è quasi sempre più facile trovare una soluzione durante il giorno, che all'ultimo minuto. B) E' bene specificare accuratamente il problema, perché decifrare la vera natura del problema è essenziale per trovarne la migliore soluzione, infatti potrebbe emergere che ci sono due o più problemi concomitanti e nel qual caso, ciascuno deve essere affrontato separatamente; inoltre, può essere molto utile ridefinire il problema. Passo C) E' utile considerare quante più soluzioni possibili, infatti si dovrebbero prendere in considerazione tutti i modi esistenti di gestire il problema; in tal caso, il paziente dovrebbe produrre più soluzioni potenziali possibili, il cosiddetto brainstorming, perché maggiore è il numero di soluzioni individuate, maggiore sarà la probabilità che una di esse sia fattibile. D) La paziente deve pensare ai pro e ai contro di ogni soluzione per comprendere

in anticipo la probabile fattibilità di ciascuna soluzione. E) Scegliere la miglior soluzione o combinazione di soluzioni. F) Agire in base alla soluzione. G) Valutare il processo di problem solving permetterà alla paziente, il giorno seguente di osservare se il problema sia stato risolto oppure no. Si incoraggerà così la paziente ad affinare le proprie capacità di problem solving.

5) Successivamente, il terapeuta e la paziente, dovrebbero affrontare il problema utilizzando i primi 6 passi del problem solving come se questo fosse stato individuato in anticipo. 6) La paziente avrebbe il compito di allenare le proprie capacità di problem solving. 7) Questi compiti dovrebbero essere rivisti nella seduta successiva e si dovrebbe incoraggiarne ulteriormente la pratica.

In questa fase del trattamento in alcune pazienti le abbuffate svaniscono del tutto, ma in altre persistono, anche durante tutta la terza fase, anche se con frequenza ridotta. In genere, queste abbuffate residue sono intermittenti e scatenate da eventi ed emozioni negative. L'analisi delle abbuffate diviene una strategia utile per affrontare queste fasi residuali e prevede una serie di passi da compiere. Il primo passo si basa sullo spiegare alla paziente che le abbuffate, non avvengono di punto in bianco, ma sono il prodotto di 1 o più di 4 processi ben definiti, che vado qui ad elencare. 1) rompere una regola alimentare e reagire abbandonando temporaneamente il controllo; 2) essere disinibiti da alcool o altre sostanze stupefacenti; 3) restrizione calorica; le pazienti che sono in costante o intermittente ipocalorizzazione sono sotto forte pressione fisiologica a mangiare; 4) essere stimolati da un evento esterno o da uno stato emotivo avverso.

Dopo aver spiegato tali processi, il terapeuta dovrebbe incoraggiare la paziente a vedere ogni abbuffata successiva come un fenomeno interessante dal quale può trarre profitto; in particolare, una volta ripresa la padronanza di sé, dopo un'abbuffata, la paziente dovrebbe considerare quale dei quattro meccanismi ha contribuito ad essa, e cosa può imparare di conseguenza. Una analisi di questo tipo ha due effetti importanti: il primo è che contrasta la tendenza delle pazienti a sentirsi sopraffatte e demoralizzate dal ripetersi delle abbuffate, reazione che può metterle a rischio di ulteriori episodi; il secondo effetto importante è che, l'analisi della abbuffata, rinforza e sottolinea l'uso di quelle procedure specifiche che sono in grado di eliminare le abbuffate residue.

Certe pazienti sono estremamente sensibili a determinati stati emotivi, ed hanno difficoltà a tollerarli. Questo fenomeno può essere definito intolleranza alle emozioni. Generalmente gli stati d'umore in questione sono negativi, ma non sempre è così, perché le pazienti, possono essere sensibili a qualsiasi stato emotivo intenso o forte, incluso l'eccitamento. Questa sensibilità le spinge a mettere in atto comportamenti, detti comportamenti di modulazione delle emozioni, che le aiutano a gestire i propri stati emotivi, sia riducendone la consapevolezza, sia neutralizzandoli; un esempio di questi comportamenti è l'abbuffarsi, mentre il vomito e l'attività fisica eccessiva ne sono altri.

Il trattamento deve rivolgersi direttamente al meccanismo di mantenimento aggiuntivo, vale a dire l'intolleranza alle emozioni. Questo particolare trattamento è progettato per un sottogruppo di pazienti, soprattutto per quelle che sono prossime ad una diagnosi di disturbo borderline di personalità (dette anche multi-impulsive). Per identificare questo particolare sottogruppo di pazienti un buon indizio può essere il persistere di certe caratteristiche del disturbo dell'alimentazione, nonostante i tentativi di trattarle; per esempio, le abbuffate possono proseguire anche se la paziente sta tentando di aderire all'alimentazione regolare.

Elementi più specifici si individuano grazie al rivedere, in dettaglio, i recenti cambiamenti alimentari, per poi analizzare se essi sono stati preceduti da un'iniziale cambiamento d'umore che la paziente ha provveduto a neutralizzare.

La difficoltà è che le pazienti particolarmente sensibili alle emozioni, reagiscono così velocemente allo stato emotivo emergente da non riconoscere l'iniziale cambiamento d'umore. Per educare i pazienti sull'intolleranza alle emozioni e sulle strategie per affrontarle, il terapeuta dovrebbe identificare uno o più recenti esempi all'interno delle schede di monitoraggio della paziente, per poi ricostruire la sequenza degli eventi che ha portato al cambiamento. L'obiettivo è che la paziente inizia a vedere che ogni episodio, implica una sequenza di passi che si susseguono velocemente; la situazione iniziale prevede 1) il verificarsi dell'evento scatenante (ad esempio una discussione telefonica con il fidanzato); 2) avviene quindi una valutazione cognitiva dell'evento (ad esempio un risentimento); questo comporta 3) un cambiamento negativo dell'umore (come la rabbia); 4) alla valutazione cognitiva del cambiamento emotivo, fa seguito una amplificazione cognitiva molto rapida dello stato emotivo (si parla di pochi secondi), ne è un esempio la frase "non riesco a sopportare di sentirmi così arrabbiata"; questo, a sua volta, porta all'amplificazione dello

stato emotivo ed al pensiero “ non posso sopportare di sentirmi in questo modo”.. tale processo continua ad amplificarsi, con il ripetersi più e più volte della stessa frase-pensiero; da questo momento vengono messi in pratica una serie di 5) comportamenti disfunzionali di modulazione delle emozioni (ad esempio, la paziente inizia ad abbuffarsi o autolesionarsi); 6) questo genera l'immediato miglioramento dell'emozione avversiva (ad esempio, con la scomparsa dei sentimenti di rabbia); 7) infine subentra una successiva valutazione cognitiva (ad esempio “sono un totale fallimento, non ho assolutamente alcun controllo sulla mia alimentazione”).

Così facendo, le pazienti iniziano ad osservare gli episodi successivi mentre si verificano in tempo reale. Non appena le pazienti si accorgono che potrebbe esserci un evento e uno stato emotivo scatenante, dovrebbero immediatamente togliersi dalla situazione e scrivere una breve descrizione di ciò che è accaduto, cioè la propria valutazione dell'evento (in particolare cosa sentono in quel momento, la propria valutazione di quell'emozione), cioè dovrebbero, più o meno in tempo reale, monitorare i passi che vanno dal numero 1 al numero 4. Procedere così ha l'effetto di rallentare il processo e le obbliga a rimanere nelle condizioni del momento, piuttosto che fuggire, mettendo in atto una delle loro abituali forme di modulazione delle emozioni. Bisogna avvisare la paziente che questo sarà estremamente frustrante, ma dovrebbero cercare di fare del proprio meglio per restare presente nel momento, più a lungo possibile; questo è importante perché impedisce le amplificazioni cognitive che si innescano alla comparsa dell'intolleranza alle emozioni. Avendo iniziato a rallentare, osservare e analizzare la sequenza consueta degli eventi e avendola interrotta evitando le amplificazioni cognitive, la paziente è ora in grado di intervenire in diversi punti della sequenza con le seguenti strategie: 1) Nel momento in cui si verificano degli eventi scatenanti la paziente deve prevenire, quando possibile, usando il problem solving proattivo, che è di grande aiuto anche per le pazienti più caotiche, utile a prevenire molti problemi che porterebbero ad una intolleranza alle emozioni. 2) La paziente deve eseguire una valutazione cognitiva degli eventi, importante per contrastare il pensiero dicotomico (cioè vedere le cose in un modo o nel modo opposto senza vie di mezzo) e la valutazione negativa. 3) Osservare quando vi è una attivazione di stati emotivi negativi e svolgere una valutazione cognitiva di questi, come ad esempio saper accettare ed accogliere emozioni negative. 4) Utilizzare comportamenti di modulazione delle emozioni, come esercitarsi all'uso di comportamenti funzionali per modulare tale emozioni (ad esempio mettere della musica in grado cambiare lo stato emotivo e mentale, farsi una doccia rilassante, andare al cinema, etc), oppure mettere delle barriere ai comportamenti disfunzionali di modulazione delle emozioni, questo però si applica alle pazienti che fanno uso di sostanze stupefacenti e compiono atti di autolesionismo.

L'ultima fase si focalizza sulla buona conclusione del trattamento. Molte pazienti, sapendo che il trattamento avrebbe avuto una durata prestabilita, non sono preoccupate per tale conclusione, ma altre temono di non riuscire ad affrontare la situazione una volta da sole. Allora è importante chiedergli come si sentono all'idea che la terapia sia in fase conclusiva, ed affrontare insieme, le relative preoccupazioni. Inoltre, per valutare se nelle pazienti, i meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione sono stati interrotti, il terapeuta deve valutare quali progressi sono stati fatti. Questa valutazione può essere fatta in modo informale, chiedendo alla paziente cosa sia cambiato e cosa non lo è, oppure integrando a questa valutazione, un'altra più sistematica, utilizzando l'EDE-Q, per misurare le caratteristiche del disturbo dell'alimentazione ed il CIA per valutare il danno psicosociale secondario. In questo modo si può individuare la natura e l'entità di qualsiasi residuo psicopatologico ed il relativo impatto che ha nella vita della paziente (ad esempio, eccessiva valutazione della forma del corpo del peso; marginalizzazione degli altri domini di vita, check del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, sentirsi grassa, cambiamenti dell'alimentazione scatenati da eventi come abbuffate residue, intolleranza alle emozioni). L'obiettivo è quello di individuare, con la paziente, una serie limitata di attività chiave sulle quali porre l'attenzione nelle 20 settimane successive. Questa fase finale prevede anche l'eliminazione, graduale, delle procedure terapeutiche come l'automonitoraggio. Le pazienti devono interrompere il monitoraggio due sedute prima della fine del trattamento (dalla seduta 18 nella versione a 20 sedute) e ricordare loro che il monitoraggio è stato introdotto per aiutarle a diventare più consapevoli dei propri comportamenti, pensieri ed emozioni.

Anche per quel che concerne la misurazione del peso in seduta, verso la fine del trattamento, deve essere interrotta e le pazienti devono iniziare a pesarsi da sole a casa. Le pazienti, nel frattempo, possono calibrare le proprie bilance con quella medica. L'altro importante focus della quarta fase è rivolto alla minimizzazione del rischio di ricaduta nel lungo periodo. A tal proposito ci sono 6 elementi da prendere in considerazione

per scongiurare tale rischi. A) Identificare strategie e procedure che devono essere proseguite. Si deve chiedere alle pazienti di riflettere sull'eventualità che ci siano elementi del trattamento che si dovrebbe continuare a trattare nel lungo termine per minimizzare il rischio di ricadute. B) Avere aspettative realistiche, questo perché le pazienti tendono a sperare di non avere mai più i problemi alimentari. Il terapeuta, senza un eccessivo pessimismo, dovrebbe assicurarsi che le aspettative della paziente siano realistiche, altrimenti, di fronte ad una qualsiasi ricaduta, avrà una reazione molto negativa. C) Distinguere una scivolata da una ricaduta. E' importante far comprendere bene la differenza tra le due condizioni in quanto se ogni difficoltà, presente nel cammino di guarigione, viene vista come una ricaduta alla fine questa condizione si verrà a verificare, portando ad un atteggiamento passivo, privo di speranze. Mentre se le difficoltà sono considerate delle sciolate, allora con maggiore probabilità una paziente le fronteggia e le gestisce. D) Assicurarsi che le pazienti minimizzino il rischio di ricadute, essendo consapevoli dei problemi e dei fattori scatenanti (forma del corpo e del peso; l'aumento del peso; commenti critici da parte di altri; il mettersi a dieta; sviluppo di una depressione clinica). E) Avere un piano specifico per gestire le ricadute. Per far ciò le pazienti devono compiere un lavoro di tipo cognitivo e comportamentale. Dal punto di vista cognitivo devono disattivare lo stato mentale del disturbo dell'alimentazione il prima possibile, perciò devono comprendere che si è riattivato andando ad identificare i segnali di allarme precoce e poi disattivare tale stato mentale. Se questo viene fatto precocemente, è relativamente facile disattivare tale innesco, ma se lo stato mentale patologica rimane attivo a lungo, allora diviene progressivamente più difficile disattivarlo. Dal punto di vista comportamentale devono utilizzare le strategie proposte nel libro "Fa la cosa giusta" oltre ad impegnarsi in attività distraenti. F) Infine il terapeuta dovrebbe stendere un programma di mantenimento a lungo termine, rivedendolo ed adattandolo, se necessario, alla specifica situazione della paziente.

Per concludere, verrà svolta una visita di controllo, dopo il termine del trattamento, che darà alla paziente l'opportunità di analizzare e riferire i propri progressi nelle ultime 20 settimane. Inoltre, la seduta di revisione ha altri scopi, come rifare una valutazione dello stato della paziente e valutare se ha bisogno di ulteriori trattamenti, perché, se ci sono caratteristiche che evidenziano qualche residuo del disturbo alimentare, che condiziona in modo evidente il funzionamento della paziente, allora si dovrebbero prendere in considerazione ulteriori trattamenti. Sarà l'occasione anche per rivedere la costruzione del programma a breve termine con lo scopo di considerare se c'è bisogno di continuare a trattare una qualsiasi caratteristica residua del disturbo dell'alimentazione. La stessa misurazione del peso settimanale, dovrebbe proseguire, se il peso rimane un argomento scottante per la paziente. Se è avvenuta una scivolata, è importante che le strategie per la gestione delle sciolate siano riviste in dettaglio. Infine se nel periodo tra la fine delle sedute e la visita di controllo, nel frattempo, sono emersi nuovi segnali precoci di allarme o fattori scatenanti, sarà bene rivedere, e se necessario, revisionare, il piano di mantenimento a lungo termine.

Come ho scritto in precedenza, i disturbi dell'alimentazione, in genere, si sviluppano nell'adolescenza e contribuiscono in modo sostanziale ad altri disturbi psichiatrici, riscontrabili in questa fascia d'età. Poiché le pazienti più giovani rispondono meglio al trattamento, rispetto a quelle adulte, il riconoscimento precoce ed il trattamento immediato del disturbo sono di grande importanza. In questa fascia di età, la proporzione dei casi di anoressia nervosa è maggiore rispetto a quelle tra le paziente con DCA, ma, come sempre, la diagnosi più comune è quella di disturbo dell'alimentazione Nas. Per queste pazienti più giovani è stato ideato un trattamento con la CBT-E specifico. Esistono numerose ragioni per ritenere che la CBT-E possa essere particolarmente adatta per le pazienti più giovani. Innanzitutto, le caratteristiche cliniche sono molto simili a quelle degli adulti e c'ho incoraggia il suo uso. Inoltre, ci sono prove che mostrano come le pazienti più giovani rispondano bene alla CBT-E anche per altri disturbi e ciò suggerisce che un trattamento di questo tipo e con questo stile, sia adatto, anche per tale fascia d'età. Il controllo è un argomento di interesse per le pazienti giovani e quindi rispondono bene ai trattamenti quali la CBT-E, che è progettato per rafforzare in loro, lo sviluppo di autonomia ed Indipendenza. La CBT-E prevede strategie specifiche per promuovere la motivazione delle pazienti, di particolare importanza per il trattamento delle adolescenti. La natura transdiagnostica della CBT-E è un grande vantaggio, in quanto la rende adatta a qualsiasi forma di disturbo dell'alimentazione. Tuttavia è necessario modificare tale trattamento, per adattarlo alle pazienti giovani: in particolare, si deve considerare che la maggior parte di esse vive ancora con la famiglia dalla quale dipende, per cui, la terapia deve essere adattata per adeguarsi al loro stadio di sviluppo emotivo e cognitivo e al loro ambiente sociale. Quando si lavora con le ragazze giovani si devono considerare anche gli obiettivi che la

ragazza vuole raggiungere in questa fascia di età, come lo sviluppare un senso di identità, diventare indipendente, modificare le relazioni interpersonali e svilupparne di nuove, adattarsi ai cambiamenti puberali. Le pazienti giovani poi, tendono a ritirarsi socialmente e a perdere la propria identità ed i propri interessi. Quindi, fin dalle prime fasi del trattamento, è importante porsi lo scopo di promuovere un ritorno ad uno sviluppo adolescenziale normale; è importante anche considerare lo sviluppo cognitivo della giovane e di conseguenza, adattare il linguaggio, il contenuto e lo stile del trattamento. E' fondamentale, da parte del terapeuta, affrontare la motivazione, non solo all'inizio del trattamento, ma monitorandola per tutto il percorso perché, inizialmente, l'ambivalenza mostrata dalla paziente, nei confronti del trattamento, è particolarmente diffusa tra le pazienti più giovani. La ragazza può non darsi da fare e può anche fare resistenza. In questo periodo di età, le ragazze tendono a ricercare approvazione dai coetanei per sviluppare il proprio senso di identità, perciò, le loro relazioni con gli altri, sono essenziali in questa fase. Tuttavia, coloro che hanno scarse relazioni con i coetanei, spesso con bassa autostima e con un senso di identità instabile, possono dedicarsi al controllo dell'alimentazione, della forma del corpo e del peso come modo per rafforzare la propria autostima e ricercare l'approvazione dei coetanei.

Molte adolescenti inoltre, sono sottopeso, e questo desta particolare preoccupazione in una giovane che sta ancora crescendo, i cui organi non sono ancora maturi. Anche una modesta perdita di peso può procurare significative complicanze mediche. Sono a rischio di non raggiungere mai la loro completa altezza potenziale, la pubertà può essere ritardata e nelle ragazze, può verificarsi una amenorrea prolungata. L'osteopenia e l'osteoporosi sono particolarmente rilevanti a quest'età. Quindi, l'urgenza di iniziare un intervento con le ragazze giovani, è maggiore rispetto a quella che si ha con le adulte, per minimizzare le complicazioni a breve e lungo termine.

Con le pazienti più giovani, sono necessariamente coinvolti nel trattamento i genitori e gli altri membri familiari, i quali, possono giocare un ruolo centrale per una serie di ragioni. A) Con le pazienti minorenni c'è l'aspetto della responsabilità ed è necessario il consenso genitoriale. B) I genitori e gli altri membri della famiglia hanno una grande influenza che, se ben sfruttata, viene utile al superamento del problema alimentare. C) Dato che le ragazze più giovani, di solito, vivono e mangiano a casa e dipendono dai genitori per il cibo, questi possono fornire un'assistenza diretta, volta ad aiutarle a cambiare il modo in cui mangiano. Addentrandomi nella spiegazione del trattamento, inizialmente viene svolto un colloquio, volto a stabilire la natura del problema alimentare, ottenere un coinvolgimento della paziente e ad instaurare una relazione terapeutica positiva. Ulteriori obiettivi sono quelli di iniziare coinvolgere i genitori, valutare le condizioni fisiche della paziente e decidere quale forma dovrebbe avere il trattamento.

Nei primissimi incontri in cui si svolge l'assessment, viene raccomandato l'utilizzo di batterie di specifici questionari come l'EDE-Q, il quale, nonostante sia utilizzato per gli adulti, è adatto anche per le pazienti di età superiore a 16 anni, ma ne esiste anche una versione modificata per le più giovani (Carter, Stewart e Fairburn, 2001). Le pazienti più giovani dovrebbero essere incontrate dal terapeuta, da sole, per comprendere il loro punto di vista, in relazione alla natura dei loro problemi e per iniziare a sviluppare una relazione con loro. Poi, un colloquio congiunto con i genitori o altri membri della famiglia significativi è necessario, per ottenere una storia dello sviluppo del problema e per capire la loro visione dello stesso. Così come con le pazienti adulte, si devono misurare il loro peso e altezza per sottoporle ad un'approfondita valutazione organica e per identificare ogni possibile conseguenza del disturbo dell'alimentazione che possono costituire un immediato rischio per la salute. Per stabilire l'entità della perdita di peso dovrebbero essere utilizzate le tavole percentili relative al IMC (per esempio www.siedp.it). Vengono poi valutati altri aspetti per comprendere se è opportuno o no intraprendere il trattamento tramite la CBT-E; questi sono: 1) Osservare se il disturbo dell'alimentazione è lieve o in remissione; se è così la CBT-E non è indicata, mentre è utile fornire consigli ed incoraggiamento alla paziente ed ai familiari; 2) Le pazienti il cui peso rientra nell'intervallo normale, o per quelle che presentano solo un moderato sottopeso (non superiore al 20% di deficit ponderale), motivate a impegnarsi in un trattamento individuale, allora la CBT-E può essere adeguata; 3) Con alcune pazienti non è adeguato, né possibile, imbarcarsi direttamente nella CBT-E, per una serie di ragioni (un grado di perdita di peso troppo elevato cioè maggiore del 20%; rischio fisico; gravi problemi psichiatrici coesistenti; rischio di suicidio; rifiuto di impegnarsi in un trattamento individuale). Con queste pazienti si richiede l'utilizzo di una delle seguenti due forme: il metodo Maudsley o il trattamento in day hospital in regime di ricovero o ambulatoriale di tipo intensivo.

Le pazienti con un IMC di 17,5 o inferiore necessitano di un lungo periodo di recupero del peso e quindi si ritiene appropriata la versione del trattamento a 40 sedute, mentre, la versione a 20 sedute è adatta per la maggior parte dei casi. È importante ricordare la necessità di una guarigione fisica completa per l'importanza che assume a lungo termine in queste pazienti molto giovani; inoltre è importante effettuare periodici follow-up per assicurarsi che i progressi siano continui.

Con tali giovani pazienti è inevitabile, come scrivevo prima, il coinvolgimento dei genitori, i quali, devono sia essere messi a conoscenza della natura del problema alimentare e di quello che implica il trattamento, sia comprendere l'importanza di favorire lo slancio terapeutico ed il fatto che la giovane dovrà auto-monitorarsi. Gli incontri regolari tra paziente terapeuta e genitori sono importanti, in modo che questi ultimi, siano tenuti al corrente su come possono facilitare lo sforzo della figlia verso il cambiamento. Il coinvolgimento è particolarmente importante con le adolescenti soprattutto con quelle che sono giunte al trattamento con riluttanza e che sono state sottoposte ad un trattamento preliminare, in cui, altre persone si sono assunte tutta la responsabilità della loro alimentazione. La formulazione del caso dovrebbe essere creata insieme tra terapeuta e paziente, focalizzandosi sui principali meccanismi di mantenimento, fornendo una ulteriore opportunità di coinvolgimento della giovane paziente e rafforzando, ancora una volta, il concetto che sarà lei, con l'aiuto del terapeuta, ad avere il controllo sui cambiamenti necessari. Per quanto riguarda l'automonitoraggio, questo deve avvenire in seduta e nel caso in cui le ragazze siano restie ad auto-monitorarsi, il terapeuta dovrebbe spiegarle che la registrazione è parte essenziale del trattamento, così come lo è pesarsi in seduta, in quanto è parte integrante del trattamento l'educazione relativa al peso. Le pazienti più giovani possono aver bisogno di più consigli riguardo a ciò che dovrebbero mangiare rispetto a quelle adulte, e queste informazioni possono essere fornite da un dietista, ma può essere necessario anche coinvolgere i genitori. Mentre, per quanto riguarda il recupero del peso, è bene specificare che la decisione di voler effettuare un recupero ponderale è presa dalla ragazza e non le viene imposto. Alla fine del trattamento, un qualche grado di residuo psicopatologico del disturbo dell'alimentazione è la norma e ciò è accettabile, a patto che i principali meccanismi di mantenimento siano stati eliminati e il disturbo stia regredendo.

8) Quanto sono durati i trattamenti specialistici?

Le risposte fornite dalle partecipanti al sondaggio evidenziano che, il percorso per il miglioramento del disturbo alimentare, è molto diverso da persona a persona. Alcune hanno svolto un percorso di alcuni mesi (per esempio da 2 mesi fino agli 8 mesi). Molte altre riportano, specificatamente, tutta una serie di esperienze in contesti diversi; ad esempio, inizialmente, hanno svolto dei trattamenti ambulatoriali, poi un ricovero di alcuni mesi in ospedale presso reparti specializzati nel trattamento del DCA, per poi passare ad un percorso di Day Hospital. Numerose poi, sono le testimonianze di pazienti che, tutt'ora, sono seguite sia da dietisti e psicoterapeuti o comunque, in particolare, stanno proseguendo un trattamento psicologico. Per quanto riguarda i percorsi terapeutici della durata di qualche mese, questi mi fanno pensare che siano dei percorsi simili, in termini di durata, a quelli proposti nei libri che ho letto, perché di solito la CBT-E standard prevede 20 sedute di trattamento da svolgere in 20 settimane (circa 5 mesi). La CBT-E per pazienti sottopeso prevede un trattamento di circa 40 settimane e comprende circa 40 sedute (circa 10 mesi). L'IPT si caratterizza per un trattamento che va dalle 12 alle 16 sedute. Quello che mi viene da pensare è che, per quelle paziente che da anni, convivono, con alti e bassi, con il disturbo dell'alimentazione, una possibile causa possa essere una cronicizzazione del disturbo, tale per cui, con il passare del tempo sia sempre più difficile da far regredire, oppure le pazienti nel corso degli anni possono essere passate da una forma di disturbo alimentare ad un altro. A tal proposito, riporto qui di seguito alcune considerazioni, individuate nei libri che ho letto, in merito a questa specifica domanda proposta alle pazienti. Si è ipotizzato che l'anoressia nervosa, può essere una fase di passaggio che dura pochi mesi (casi di esordio recente di an.ner.) o può persistere fino all'età adulta. Nella popolazione clinica il 40% dei casi continua dopo 4 anni (casi comuni di an.nerv.) (Deter ed Herzog, 1994), mentre in casistiche di comunità di casi trattati e non trattati circa i 2/3 sono completamente guariti dopo cinque anni. Oltre la metà dei casi può trasformarsi in una forma bulimica (Anderluh Eta L., 2008). La fase bulimica può essere un semplice fase transitoria, durante il recupero del peso o può evolvere in un

problema persistente. Nel corso della vita si osserva una transizione da una forma di DCA ad un'altra (Fairburn & Harrison, 2003; Anderluh et al, 2008). Spesso le pazienti si presentano con una storia ininterrotta di 8 anni o più di disturbo; inoltre 5-10 anni dopo l'esordio, tra un terzo e la metà di esse è presente ancora un disturbo di entità clinica, anche se in molti casi è mutato da bulimia nervosa a una forma mista di disturbo dell'alimentazione Nas. (Fairburn).

9) Ci sono state interruzioni del trattamento?

Dal grafico ottenuto, in base alle risposte fornite, ho osservato che più del 50% (per la precisione il 53,8%) delle pazienti, ha interrotto almeno una volta il trattamento. Questa possibilità di interruzione del trattamento, detto anche drop out, è uno dei problemi più grandi che si possono riscontrare durante la fase iniziale della terapia con pazienti che presentano un disturbo dell'alimentazione. Raramente l'abbandono della terapia è un buon segno; questo di solito è attribuibile al disturbo di per sé o a problemi legati al trattamento, in quanto, le pazienti possono non apprezzare la terapia o il terapeuta, oppure possono sentirsi incapaci di progredire in terapia. I terapeuti sono giunti alla conclusione che l'abbandono della terapia da parte della paziente aumenta se il terapeuta percepisce che c'è un problema di ingaggio; ad esempio, se la paziente ha un atteggiamento disinteressato o sprezzante e se la paziente manca un appuntamento o è ripetutamente in ritardo alle sedute, oppure se esistono ostacoli pratici, anche significativi, tali per cui la paziente non riesce a mantenere la regolarità, questi possono essere elementi che rischiano di far sì che la paziente abbandoni la terapia. Si è osservato che la migliore strategia, in questi casi, è quella di affrontare direttamente la questione con la paziente, così facendo, si è riscontrato una diminuzione nei tassi di drop-out da un livello precedente, stabile tra il 29% e 16% ad un livello attuale, del 13%. Un ulteriore problema, per quanto riguarda il buon funzionamento del trattamento, deriva dall'assenza della paziente durante questa fase iniziale; a tal proposito, il terapeuta deve subito chiarire alla paziente di non assentarsi per più di due settimane durante l'intero periodo del trattamento e di non farlo affatto nelle prime sei settimane. In particolari casi, alle pazienti si possono fornire trattamenti aggiuntivi o alternativi: ad esempio 1) quando la paziente non sta ottenendo alcun beneficio dalla CBT-E; questo può capitare con le pazienti sottopeso e, in questo caso non è appropriato continuare all'infinito con la CBT-E. 2) Quando la paziente ha tratto beneficio dal trattamento ma è ancora significativamente danneggiata; in questo caso il principale motivo per estendere il trattamento è la presenza, alla fine della terza fase, della maggior parte delle caratteristiche psicopatologiche del disturbo. Allora è opportuno prolungare la fase 3 per alcuni mesi. 3) Quando la paziente ha beneficiato del trattamento, ma incontra un ostacolo, poco dopo la fine della terapia; nonostante le pazienti possono sentire di essere tornati indietro, al punto di partenza, in realtà esse hanno le abilità e conoscenze necessarie per tornare in carreggiata; spesso un po' di supporto e di incoraggiamento sono tutto ciò che serve. 4) Quando il trattamento è stato ostacolato, ad esempio, dallo sviluppo di una depressione clinica o dal verificarsi di una crisi esistenziale. In questi casi la CBT-E deve essere estesa per compensare il sopraggiungere di questi ostacoli.

10) Quali sono state le consapevolezza acquisite e le difficoltà più grandi da affrontare?

Dalle risposte, ho ipotizzato che, molte persone ancora sono nel pieno del disturbo alimentare, cioè hanno dato delle risposte, nelle quali, mettono in risalto proprio quei meccanismi e pensieri tipici del disturbo alimentare. Uno di questi è l'eccessiva valutazione della forma corporea e del peso ed il loro controllo (es. le difficoltà da affrontare sono il peso, il cibo...oppure la mania di controllo, la paura dell'abbandono); l'eccessiva valutazione del controllo alimentare (es. le difficoltà con il cibo... oppure, il quotidiano, i pasti); restrizione dietetica cognitiva; restrizione dietetica calorica; evitamento del cibo, cambiamenti alimentari scatenati da eventi o stati dell'umore (es, devo affrontare emozioni, sensazioni...oppure affrontare ciò che

mi fa stare male invece di nascondermi in comportamenti disfunzionali). Altre mostrano difficoltà o comunque un “rapporto disfunzionale” con lo specchio, che spesso, diviene un elemento di mantenimento del disturbo alimentare, perché la paziente si vede sempre grassa, nonostante la realtà sia ben diversa (esempi...la realtà, oppure il vedere i risultati, l'immagine allo specchio). Altre riportano caratteristiche conseguenti o secondarie, rispetto al nucleo psicopatologico, che sono l'isolamento, la perdita delle amicizie, degli hobby, la paura del giudizio altrui (es. Affrontare il mondo esterno, le persone, i loro occhi su di me, i giudizi, l'isolamento). Altre risposte, invece, mi hanno fatto ipotizzare, che ci sono persone che stanno svolgendo o hanno svolto un periodo di trattamento, perché si notano frasi e parole meno negative o remissive, si parla di voglia di amare il proprio corpo, accettare la nuova me, etc; Dalle parole o frasi si comprende che, anche dal punto di vista psicologico, emotivo, ci sia un miglioramento del pensiero (più positivo) oltre che una prospettiva migliore verso il proprio futuro, come a dimostrare che il trattamento può aver fatto svanire o diminuire i pensieri e comportamenti di tipo depressivo, che sono spesso presenti in una diagnosi di disturbo dell'alimentazione. E' stato poi interessante leggere alcune frasi che parlano di accettazione di se stesse e di affrontare il cambiamento, perché sono concetti molto simili a quelli che vengono proposti nel libro sulla teoria cognitivo-comportamentale (il terapeuta deve provare ad aiutare le pazienti a formulare ed accettare una più equilibrata visione di se stessi, giungendo ad una valutazione più realistica delle proprie qualità. Questo tipo di analisi include la nozione di accettazione, perché bisogna sempre raggiungere un equilibrio tra accettazione e cambiamento) ed esposti da Wilson (2004), che afferma come “si deve imparare ad accettare quelle cose che non si possono cambiare”.

11) Hai effettuato ricoveri? 20) Sono stati necessari dei ricoveri?

Ho volutamente unito le due risposte, perché, sia le risposte fornite direttamente dalle persone che soffrono di DCA, sia quelle fornite dai familiari si attestano su percentuali molto simili, infatti le prime danno percentuali intorno al 70%, le seconde percentuali che si attestano sul 67%. Non so bene quale fosse il particolare disturbo dell'alimentazione, tale per cui sia stato necessario un ricovero, o quale fosse il livello di gravità della situazione del paziente (ma è chiaro che un ricovero si effettua in situazioni di grave ipoalimentazione, un peso corporeo molto basso, abbinato ad un mantenimento del nucleo psicopatologico molto intenso, etc), tuttavia, ho avuto modo di leggere e sintetizzare varie procedure terapeutiche, illustrate nei libri. Per quanto riguarda il libro basato sull'esperienza del Maudsley Hospital, l'equipe medica scrive che, in considerazione delle linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice), che si basa su un numero abbastanza grande di sperimentazioni randomizzate, viene mostrato come, mentre per la bulimia nervosa e il binge eating, esistano raccomandazioni di tipo A molto valide, che prevedono una particolare terapia cognitivo comportamentale (CBT, Cognitiv Behavioral Therapy) (Schmidt 2007), per l'anoressia nervosa non esistono raccomandazione valide di tipo A, ma l'unica evidenza è una raccomandazione di tipo B, che prevede il coinvolgimento della famiglia nel trattamento di adolescenti con anoressia nervosa (Schmidt 2007). Tuttavia, vari studi hanno poi dimostrato come, l'espressione emotiva degli affetti (EE) influenzano il trattamento e o l'esito dell'AN (Szmukler et al 1985; Russell et al,1987; Van Furth et al, 1996; Eisler et al, 1997; Eisler et al., 2000; Uehara et al., 2001); si è osservato come, famiglie con un coinvolgimento emotivo molto intenso, potevano portare allo sviluppo di una condizione di stallo all'interno del rapporto familiare, che creavano un mantenimento della condizione di anoressia nervosa nella paziente; quindi si è osservato un esito migliore con un trattamento dei pazienti separati dal contesto familiare (Eisler et al.,2001). Inevitabilmente, ci sono pazienti che hanno bisogno di un trattamento più

intensivo, a volte, lontano dal contesto familiare. A tal proposito, la teoria cognitivo comportamentale, offre varie forme di CBT-E, ognuna specifica al tipo di intervento necessario per la paziente. E' presente una CBT-E in regime di ricovero, una forma di trattamento in day hospital oppure una di tipo ambulatoriale. Il trattamento in regime di ricovero è derivato dalla forma di CBT-E standard, illustrato nel manuale, ed è utilizzata fin dal 2004 presso l'unità di riabilitazione nutrizionale della casa di cura Villa Garda di Garda. Tale trattamento è indicato principalmente nei casi in cui c'è scarsa risposta ad un trattamento ambulatoriale ben condotto; presenza di caratteristiche cliniche che rendono inappropriato un intervento ambulatoriale (un peso molto basso, una rapida perdita di peso o marcate complicazioni mediche); un elevato rischio di suicidio o gravi problemi interpersonali, sono valide indicazioni per l'ospedalizzazione. Non è opportuno l'intervento per quelle pazienti che fanno uso quotidiano di sostanze e pazienti con stati psicotici acuti.

La CBT-E in regime di ricovero mantiene tre delle caratteristiche principali della CBT-E standard: 1) il trattamento è progettato per adattarsi a tutte le forme di disturbo dell'alimentazione; 2) la forma del trattamento è personalizzata, in base alle caratteristiche psicopatologiche presenti ed ai processi che lo mantengono; 3) il trattamento affronta questi meccanismi tramite le strategie E le procedure della CBT-E, tuttavia presenta anche certe procedure che la distinguono dalla forma ambulatoriale per adulti: a) è progettata per essere adatta sia con pazienti adulti che adolescenti; b) le pazienti affrontano un periodo iniziale in regime di ricovero per poi passare in day hospital; c) è condotto da più specialisti provenienti da diversi ambiti professionali; d) è prevista l'assistenza ai pasti; e) alcuni elementi del trattamento prevedono un setting di gruppo; f) c'è un modulo di terapia familiare per le pazienti più giovani. L'obiettivo del trattamento è quello di aiutare le pazienti a raggiungere la condizione clinica tale per cui possono beneficiare della CBT-E ambulatoriale. Prima di essere ricoverate, le pazienti devono essere preparate a tale ricovero. La fase di preparazione, generalmente, occupa due sedute ed ha 6 obiettivi principali: 1) condurre un assessment del disturbo dell'alimentazione e della condizione psichiatrica generale della paziente; 2) valutare la salute fisica della paziente; 3) ingaggiare la paziente nel trattamento; 4) educare la paziente sul proprio disturbo dell'alimentazione e creare una formulazione individuale provvisoria; 5) spiegare cosa implica la CBT-E in regime di ricovero; 6) coinvolgere gli altri significativi: quando i pazienti adulti sono disponibili a coinvolgere altre persone significative, il terapeuta fornirà a queste, informazioni basilari sui disturbi dell'alimentazione, i processi coinvolti nel loro mantenimento e la natura del trattamento. Nel caso in cui le pazienti sono adolescenti, il terapeuta fornirà ai genitori informazioni più dettagliate sui disturbi dell'alimentazione, sul loro ruolo nel trattamento e sull'organizzazione del modulo familiare della CBT-E. La prima seduta preparatoria si conclude con il terapeuta che assegna alle pazienti i seguenti tre compiti da svolgere a casa: 1) valutare i pro e i contro dell'essere ricoverata. 2) leggere l'opuscolo informativo sulla CBT-E in regime di ricovero; 3) sviluppare una lista di domande da porre al terapeuta. La seconda seduta di solito viene fissata una settimana dopo la prima. In questa occasione, il terapeuta rivede con la paziente i pro ed i contro del ricovero e cerca di promuovere l'interesse verso il cambiamento. E' bene che la CBT-E in regime di ricovero, sia svolta all'interno di unità specializzate per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, dove le pazienti sono libere di uscire e, allo stesso modo, gli altri significativi siano liberi di far loro visita a qualsiasi orario, eccetto quello dei pasti e quello in cui si svolgono le sedute. Le pazienti dovrebbero avere il permesso di arredare le proprie stanze con poster o altro; inoltre dovrebbero esserci attrezzature adeguate sia ricreative che per lo studio. La CBT-E in regime di ricovero prevede un'equipe multidisciplinare che comprende, medici, psicologi, dietisti e infermieri. E' bene che questo, sia l'unico trattamento psicoterapeutico in atto e che tutta l'equipe abbia seguito un training specifico. Il trattamento dura 20 settimane, 13 delle quali in regime di ricovero seguite da 7 in day hospital, durante le quali, la paziente vive vicino alla clinica e trascorre il fine settimana a casa. Ci sono 4 fasi che rispecchiano quelle della CBT-E ambulatoriale: A) la fase uno (che va dalla settimana numero 1 alla numero 4) ha come obiettivo quello di ingaggiare e istruire le pazienti a rinforzare e modificare, al bisogno, la loro formulazione personalizzata, ottenendo il massimo cambiamento comportamentale iniziale. B) la fase due (che comprende la settimana 5 e 6) prevede una revisione dettagliata dei progressi ottenuti e l'identificazione degli ostacoli al cambiamento; viene svolta una valutazione del possibile contributo dei 4 meccanismi di mantenimento addizionali quali l'intolleranza alle emozioni, il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali. C) la fase 3 (dalla settimana 7 alla 17) è una fase il cui trattamento è personalizzato in base alla psicopatologia della paziente. Per quasi tutte comprende il trattamento dell'eccessiva valutazione

del controllo dell'alimentazione, della forma del corpo, del peso insieme a quello dell'evitamento del cibo. La fase 4 (dalla settimana 18 alla 20) ha come obiettivo quello di preparare una formulazione revisionata, che identifichi i meccanismi di mantenimento ancora in atto e su tale basi, predisporre la successiva CBT-E ambulatoriale. Tuttavia, alcune di queste procedure, devono essere modificate per essere adattate al setting ospedaliero, fra queste abbiamo: 1) L'utilizzo di più specialisti: i pazienti sono assegnati a 4 specialisti che sono: un dietista, uno psicologo, un medico ed un infermiere, ognuno dei quali ha un ruolo specifico nel trattamento; 2) Il peso corporeo viene misurato dall'infermiere per le prime 8 settimane di trattamento e poi dalla paziente stesso; Inoltre, le pazienti tengono una scheda settimanale su cui vengono registrati la frequenza di comportamenti tipici del disturbo dell'alimentazione come abbuffata, vomito autoindotto o l'intensità del check del corpo. Questi dati vengono discussi nell'incontro settimanale di revisione; 3) Le sedute prevedono un setting individuale e si focalizzano sui seguenti argomenti: A) aiutare le pazienti sottopeso ad accettare i rapidi cambiamenti della forma del corpo e del peso e adattarsi ad essi; B) quando le pazienti passano in regime di day-hospital, aiutarle a gestire gli eventi e gli stati emotivi che influenzano la loro alimentazione; C) se opportuno, affrontare il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali; D) preparare un programma terapeutico per ottenere un agevole passaggio dalla CBT-E in regime di ricovero a quello ambulatoriale. 4) Per quanto riguarda l'alimentazione assistita, bisogna soffermarsi sul fatto che, la motivazione principale per cui, alcune pazienti, necessitano di un trattamento più intensivo rispetto alla CBT-E ambulatoriale è che non sono in grado di attuare i cambiamenti necessari nella propria alimentazione per varie ragioni (ad esempio, per una eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione e del peso, della forma del corpo, ambivalenza verso il cambiamento, la presenza di pensieri ricorrenti sul cibo). Così, il dietista supervisiona, formula quella che può essere chiamata alimentazione assistita, che di solito si svolge nelle prime sei settimane. Per ogni paziente, viene pianificato un programma alimentare specifico, mirato ad affrontare le sue particolari difficoltà, in quanto il recupero del peso è un obiettivo per circa i due terzi delle pazienti. Le principali tecniche utilizzate si basano sull'educazione di supporto, sulla distrazione, e per coloro che ne sono troppo preoccupate, sul decentramento dei pensieri problematici e degli impulsi. Circa un terzo delle pazienti sono ricoverate a causa delle abbuffate e dei comportamenti eliminativi, impossibili da interrompere in regime ambulatoriale. 5) Una volta terminato il periodo di alimentazione assistita di 8 settimane, le pazienti sono incoraggiate a mangiare in modo autonomo e fuori dal reparto. La restrizione dietetica cognitiva e le regole alimentari sono affrontate utilizzando le strategie e le procedure già descritte. Durante l'ultimo periodo di trattamento, le pazienti trascorrono i fine settimana a casa e gradualmente tutti i pasti sono consumati al di fuori del reparto, 6) le sedute di terapia di gruppo sono utilizzate per integrarle a quelle individuali, e queste, hanno il vantaggio di essere efficaci per incoraggiare le autorivelazioni ed il supporto reciproco, inoltre venire a conoscenza dalle altre pazienti, che stanno nel frattempo migliorando, le aiuta a fronteggiare la vergogna e la segretezza; 7) Di solito, gli altri significativi, sono convocati tre volte durante il corso del trattamento; lo scopo ed il contenuto delle sedute sono molto simili a quelle della CBT-E individuale. C'è un coinvolgimento molto maggiore degli altri significativi, quando le pazienti hanno un'età inferiore ai 18 anni, infatti prendono parte al modulo della CBT-E ad orientamento familiare. Questo si caratterizza per tre aspetti: a) Educazione; questa componente occupa due sedute e tratta argomenti quali la teoria cognitivo comportamentale del mantenimento dei disturbi dell'alimentazione, la formulazione personalizzata della paziente; le strategie utilizzate per assistere l'alimentazione della paziente; l'espressione delle emozioni in famiglia e le sfide evolutive dell'adolescenza. b) Mangiare con la famiglia. La famiglia consuma due pasti in reparto, con l'assistenza del dietista, dopo le prime sei settimane di trattamento. Lo scopo è che, anche la paziente, applichi ciò che ha appreso durante il periodo di alimentazione assistita con i genitori, i quali provano ad aiutarla; c) Creare l'ambiente familiare ottimale. In queste quattro sedute, i genitori, sono aiutati a creare un clima domestico positivo che possa facilitare gli sforzi della paziente verso il cambiamento. 8) Uno dei più grandi limiti del trattamento in regime di ricovero e l'alto rischio di ricadute dovuto, in parte, al fatto che il cambiamento si realizza mentre la paziente è nell'ambiente protetto dell'ospedale, ed in parte, dall'interruzione del trattamento che si verifica, in genere, una volta avvenuta la dimissione. Per massimizzare le possibilità che il cambiamento ottenuto con la CBT-E in regime di ricovero sia mantenuto dopo la dimissione si impiegano le seguenti strategie: A) il reparto è aperto in modo che, le pazienti possano stare in un ambiente protetto; B) è prevista una fase di day hospital, durante la quale il paziente affronta alcune delle difficoltà che incontrerà dopo la dimissione, mentre ancora usufruisce del supporto terapeutico; C) nelle ultime settimane, le pazienti trascorrono i fine

settimana a casa, mentre ancora hanno il supporto dalla clinica; D) gli altri significativi sono coinvolti nel trattamento per aiutarti a creare un ambiente domestico positivo nel quale la paziente possa fare ritorno. C'è da dire che il trattamento in regime di ricovero non è semplice. Tre sono i problemi che maggiormente mettono a rischio la riuscita dell'intervento: 1) le complicazioni mediche. I motivi, per i quali le pazienti sono ricoverate, sono dovuti alle gravi complicazioni mediche, a causa della malnutrizione e del peso molto basso; 2) L'esercizio fisico eccessivo in generale e l'esercizio fisico compulsivo in particolare, sono frequenti nelle pazienti sottopeso e costituiscono un problema significativo nel reparto di ricovero perché, queste, sono confinate in spazi ristretti. Un aspetto importante di questa gestione è quello di incoraggiare le pazienti a impegnarsi in una sana e leggera attività fisica. Questo le aiuta a scaricare l'impulso di praticare attività fisica, inoltre gli permette di accettare maggiormente il recupero del peso, abbinato ai cambiamenti della forma del corpo; 3) L'influenza negativa delle altre pazienti. Nell'unità di ricovero le pazienti si influenzano reciprocamente, e ciò può essere un fatto positivo, ma anche negativo. E' compito dell'equipe medica instaurare un'atmosfera positiva, in cui le pazienti si aiutano reciprocamente a superare il loro disturbo dell'alimentazione. Le cosiddette "sabotatrice" avranno invece la necessità di essere aiutate a smettere di danneggiare le altre, cercando di esplorare e comprendere le motivazioni, e se possibile, affrontarle. Ma se ciò si dimostra impossibile, deve essere chiesto loro di andarsene, anche se è un evento molto insolito.

La CBT-E ambulatoriale intensiva è progettata principalmente per aiutare le pazienti che stanno avendo difficoltà a cambiare le proprie abitudini alimentari tramite la CBT-E ambulatoriale convenzionale, ed ha l'obiettivo di aiutarle a giungere ad una condizione in cui possano beneficiare di quest'ultima. La maggior parte delle pazienti per cui è indicato questo trattamento è sottopeso e non riesce a mangiare di più per recuperare peso. L'utilizzo di una CBT-E ambulatoriale intensiva è applicata a quelle pazienti in cui vi è un'assenza di recupero ponderale entro la dodicesima settimana del trattamento standard, così come per quelle pazienti il cui recupero ponderale risulta incompleto, tale per cui, l'IMC rimane inferiore a 17,5; questo trattamento può essere anche utilizzato con pazienti che hanno abitudini alimentari gravemente disturbate (abbuffate e vomito) anche se non sono sottopeso. Dato che, la maggior parte delle pazienti che ricevono una CBT-E ambulatoriale intensiva, sono già in trattamento, lo scopo nella fase preparatoria, non è tanto di aiutarle a decidere di iniziare la terapia, quanto di ottenere il loro consenso riguardo all'idea di una intensificazione della CBT-E, necessaria in quanto, l'intensità della terapia in atto, non si sta dimostrando sufficiente e questo intervento più intensivo, potrebbe aiutarle a compiere i cambiamenti necessari. Come nel caso della CBT-E in regime di ricovero, la terapia ambulatoriale intensiva è affiancata da un'équipe multidisciplinare che ha completato un specifico training dove questa tipologia di trattamento è l'unico fornito; anche in questo caso l'équipe comprende medici, psicologi e dietisti. La strutturazione dell'intervento prevede, per le pazienti sottopeso, una CBT-E ambulatoriale intensiva con una durata fissa di 12 settimane. Con quelle non sottopeso, ma con abitudini alimentari molto compromesse, il trattamento può essere molto più breve, con una durata che va dalle 2 alle 4 settimane. La maggior parte delle procedure è la stessa utilizzata nella CBT-E ambulatoriale, ma alcune sono specifiche di questo trattamento. In particolare: 1) il monitoraggio del peso e delle abitudini alimentari con le pazienti sottopeso viene effettuato dal dentista, per le prime 8 settimane di trattamento, successivamente viene effettuato dalla paziente a casa. Le pazienti completano la stessa checklist settimanale utilizzata da quelle in regime di ricovero, poi questi dati e quelli sul peso corporeo saranno discussi durante l'incontro di revisione settimanale. 2) Le sedute di CBT-E con lo psicologo, sono simili a quelle della CBT-E ambulatoriale convenzionale. La differenza principale sta nella maggiore attenzione posta all'accettazione dei rapidi cambiamenti di alimentazione, peso e forma del corpo. 3) Per quanto riguarda i pasti, il pranzo, lo spuntino e la cena vengono consumati dalle pazienti nell'ambulatorio. Con coloro che sono sottopeso, è il dietista che prende le decisioni riguardo al contenuto energetico dei pasti, per le prime quattro settimane; ma a partire dalla quinta settimana, la paziente lo sostituisce gradualmente da sola. Nelle ultime 4 settimane c'è una graduale sospensione del consumo di pasti preconfezionati, e la paziente inizia a mangiare fuori dal reparto. 4) Per quanto riguarda il coinvolgimento degli altri significativi, questo segue il protocollo utilizzato nella CBT-E in regime di ricovero. 5) Per massimizzare le possibilità che il cambiamento ottenuto con la CBT-E intensiva sia mantenuto, dopo la conclusione della terapia, le pazienti sono incoraggiate a diventare progressivamente più responsabili della propria alimentazione con il progredire del trattamento, e le sedute di CBT-E convenzionale proseguono o riprendono senza interruzioni.

13) 21) Come è la situazione attuale?

In entrambe le risposte fornite dai partecipanti (pazienti con DCA e familiari) relative alla situazione attuale, emergono situazioni, anche in questo caso, molto diverse. Da un lato ho letto commenti di situazioni ancora molto disperate e pessime, segno evidente che il disturbo alimentare sta ancora avvolgendo sia la paziente ed inevitabilmente, a mio modo di vedere, anche la famiglia. Altre risposte sono sufficientemente buone, perché alcune evidenziano una remissione totale o quasi del disturbo alimentare, con un lavoro ancora di tipo psicologico o psicoterapeutico in atto. Alcune hanno espresso commenti più che sufficienti, scrivendo di situazioni ottime o molto buone, e di condizioni che le vedono totalmente uscite dal disturbo. C'è stato un commento di una partecipante che mi ha interessato, perché si riferiva ad un suo momento, diciamo non dei migliori, dovuto ad una ricaduta avvenuta da poco. Il problema delle ricadute è uno dei più importanti, insieme al rischio di interruzione della terapia. Sia nelle tipologie di intervento fornite dal Maudsley Hospital, che in quelle fornite dalla terapia cognitivo comportamentale, si evidenzia, alla fine di ogni trattamento, il rischio costante di una ricaduta da parte delle pazienti. Nel libro di Treasure, Schmidt, Macdonald c'è uno specifico programma, quello intensivo di tre giorni con le famiglie, utilizzato per preparare la transizione dal trattamento in ricovero al trattamento ambulatoriale. E' un intervento utilizzato principalmente per le persone sotto trattamento dell'anoressia nervosa durante il ricovero, come preparazione per il trasferimento in comunità. In questa fase il rischio di ricaduta dopo il ricovero è alto ed è essenziale un'attenta pianificazione e preparazione.

Nella CBT-E standard si è notato che finché le caratteristiche principali che mantengono il disturbo alimentare, quali la valutazione eccessiva della forma del corpo, del peso ed il loro controllo (nucleo psicopatologico), non saranno trattati con successo, le pazienti continueranno ad essere ad alto rischio di ricaduta. Inoltre, è ritenuto essenziale che le pazienti imparino alcune strategie, per evitare delle scivolate o difficoltà, che potrebbero divenire delle vere e proprie ricadute. Ad esempio dovrebbero imparare a decentrarsi dal loro problema in modo tale che, attivamente, possano essere in grado di modificare, almeno in parte il proprio modo di pensare, così che imparino a modificarli, per gestire più efficacemente quei segnali che possono essere premonitori di una regressione ed una successiva ricaduta. E ancora, uno dei più grandi limiti del trattamento in regime di ricovero è l'alto rischio di ricadute dovuto, in parte, al fatto che il cambiamento si realizza mentre la paziente è nell'ambiente protetto dell'ospedale, ed in parte, dall'interruzione del trattamento che si verifica, in genere, una volta avvenuta la dimissione.

14) In che relazione sei con la persona che soffre di DCA?

A questa domanda hanno risposto in 50 persone. Statisticamente posso dire che, circa il 40% delle risposte sono state fornite da genitori o familiari (ad esempio la sorella). Un altrettanto 40% delle risposte sono arrivate da persone che soffrono personalmente di un disturbo dell'alimentazione. Le restanti risposte sono giunte da persone che svolgono un lavoro di tipo professionale rivolto a tali pazienti, o comunque risposte generiche da non poter essere inserite nella statistica specifica.

15) Ci sono o ci sono state altre persone in famiglia che hanno sofferto di DCA?

Molte/i partecipanti hanno risposto in modo negativo, oppure credono, da quanto sanno, che non ci siano altri familiari che soffrono di un DCA. Più persone hanno avuto o hanno familiari, anch'essi con un disturbo dell'alimentazione; alcuni sono rimasti sul generico, senza specificare il grado di parentela, altri lo hanno specificato parlando di madri, sorelle, cugine, zie oppure madri con dca che a loro volta avevano una figlia o

più figli con una problematica simile. Proprio in quest'ultimo esempio rientrano degli studi svolti dal Maudsley Hospital dove si affronta la tematica relativa alle modalità in cui può essere gestito un disturbo alimentare nei figli che hanno uno dei genitori con un disordine di tipo alimentare. L'equipe dell'ospedale ha ottenuto alcuni risultati diversi rispetto ad uno studio multicentrico europeo in quanto, mentre quest'ultimo suggerisce che il risultato del trattamento è più scarso se c'è una storia in famiglia di disturbo alimentare (Steinhausen et al., 2008), i risultati preliminari svolti dall'equipe dell'ospedale Maudsley, indicano che i figli di genitori con un disturbo alimentare sono nel complesso più veloci di altri, che ne soffrono, ad accedere ai trattamenti precoci; infatti, il trattamento precoce migliora la prognosi. Ci sono alcuni fattori familiari che favoriscono questo aspetto, ne è un esempio il senso di colpa estremo che i genitori con DCA comunemente hanno quando si accorgono che il loro figlio ha sviluppato un tipo di disturbo simile al loro. I problemi che possono insorgere, quando anche un figlio di un genitore con disturbi alimentari, sviluppa tale problematica sono: 1) una sopra o sotto sensibilità ai problemi alimentari; 2) una competizione reciproca dei comportamenti alimentari; 3) aspettative inutili sul trattamento, aspettative inutili sulle conseguenze e la prognosi; 4) accomodamento della famiglia intorno al disturbo del comportamento alimentare. Si possono evidenziare anche problemi specifici come ad esempio una riluttanza ad accettare gli obiettivi del trattamento; 5) incertezza sulle competenze per favorire e sostenere il trattamento; 6) obiettivi perfezionisti riguarda il trattamento; 7) senso di colpa dei genitori e o stato d'animo irritabile. La tendenza di escludere i fratelli, senza disturbo alimentare, può essere aumentata. Inoltre parlare del disturbo alimentare, è così doloroso per alcune madri, che evitano di pensare ai propri problemi. Esse possono negare che hanno o hanno avuto un problema di questo tipo e questo può confondere ancor di più gli altri membri della famiglia perché possono vedere che c'è un evidente squilibrio nei confronti dell'alimentazione e quindi si viene a creare come un segreto che non può essere rivelato. Ciò comporta una reazione avversa da parte dei figli, i quali, diventano arrabbiati e risentiti e si rifiutano di vedere la madre, perché di solito le persone con disturbi alimentari si arrabbiano, divengono risentite, se le persone che cercano di farle mangiare sono a dieta o saltano i pasti. Di fronte a questa tipologia di situazione, è utile che il terapeuta, svolga alcune sedute individuali con la sola madre, la quale può riflettere sulle proprie questioni relative al cibo e la forma, cercando così di sviluppare comportamenti appropriati per quanto possibile, sia per se stessa, per il figlio, che per l'intero nucleo familiare. In questi tipologie di famiglia è opportuno poter coinvolgere molto attivamente anche la figura del padre perché, spesso, l'attenzione della madre è rivolta solo sulla modalità di organizzazione dei pasti e questo può renderla incapace di vedere il quadro complessivo familiari non aiutando il soggetto a raggiungere una migliore salute nutrizionale. Per questo è importante che i genitori il più tempo possibile insieme, per pianificare il loro piano di gestione del DCA del figlio. Idealmente, il padre dovrebbe prendere il ruolo principale nella definizione delle regole sul mangiare, sulle forme, sul peso. Tuttavia, spesso, questo non è possibile, in quanto il carer primario rimane la madre, che è la figura che passa più tempo con il figlio al momento dei pasti. Ecco perché è importante la figura paterna, in quanto si è visto che i padri rispondono bene alle informazioni apprese, probabilmente perché hanno una reazione emotiva meno intensa, ma questo da un lato rende un po' più facile per loro mettere in atto le competenze.

Altri aspetti suggeriscono che i padri possono essere particolarmente importanti nell'affrontare la cura ed il trattamento di un disturbo alimentare vissuto, in particolare, da una figlia. Si è osservato come i padri possono anche avere un ruolo protettivo nell'ammortizzare i fattori di rischio, oltre a contribuire alla ripresa; questo perché spesso c'è un'errata percezione comune, presente in letteratura, che vuole che, l'anoressia sia una cosa tra madre e figlia. In realtà c'è da sottolineare come durante l'infanzia, più i padri sono stati distanti e non disponibili, più è probabile che la loro figlia, successivamente abbia sviluppato un disturbo alimentare. Questo legame tra la mancanza di cura paterna e il rischio di disturbi alimentari si trova anche in studi clinici retrospettivi sulla genitorialità (Wonderlich et al., 1996; Rojo-Moreno et al., 2006). Ci sono alcuni fattori che possono indurre o aumentare il rischio di sviluppo di un disturbo alimentare. Ad esempio, quando i padri danno un alto valore alla magrezza, possono trasmettere questo ideale alla loro figlia; per questo, c'è sempre più, un aumento di studi in letteratura, che suggerisce come i padri possono avere un profondo impatto sullo sviluppo dell'idea di magrezza nelle loro figlie (Agras et al., 2007). Comportamenti alimentari problematici dei padri possono aumentare il rischio nel bambino di sviluppare un DCA. Ad esempio, lo sviluppo precoce del disturbo da alimentazione incontrollata (BED) è stato associato a tassi significativamente maggiori di obesità paterna e binge eating, ma non con l'obesità o il binge-eating materno (Marcus et al., 1995). Gli individui con bulimia nervosa, i cui padri erano obesi, hanno risposto meno bene al

trattamento rispetto agli individui con un genitore normopeso (Fairburn et al., 1995).I padri, di solito, non sono emotivamente coinvolti come le madri quando la figlia presenta un disturbo alimentare (Whitney et al., 2005); essi mostrano una reazione meno iperprotettiva e i loro livelli di ansia e depressione sono significativamente inferiori rispetto a quelli riportati dalle madri (Kyriakou et al., 2008). Le risposte di interviste fatte ai padri, però, riportano conclusioni diverse, in particolare quelle dei padri che si prendono cura di figlie con anoressia nervosa. Queste interviste suggeriscono che i padri sono ugualmente colpiti e sconvolti, ma sembrano affrontare la situazione meglio, riuscendo a tenere le cose separate, mantenendo il loro ruolo di aiuto e riuscendo ad avere un distacco emozionale dalla malattia (Kyriacou, 2008). I padri trovano particolarmente difficile concettualizzare le difficoltà alimentari come una malattia. Mentre, le figlie con anoressia nervosa, hanno riportato la percezione che i padri siano rigidamente alla ricerca di spiegazioni logiche, concentrandosi, in maniera sproporzionata, sui sintomi della malattia, piuttosto che sui bisogni insoddisfatti sottostanti. Tutto ciò mostra come sia importante fornire ai genitori le abilità per poter migliorare la comunicazione tra di loro e contemporaneamente sviluppare un approccio alla cura basato sul sostegno reciproco e sulla collaborazione. I padri spesso fanno un passo indietro, per controbilanciare l'eccessivo coinvolgimento materno. Questo potrebbe non essere sempre utile, in quanto, potrebbe produrre un atteggiamento incoerente nella genitorialità. Per questo è utile incoraggiare i carers, a condividere insieme le proprie opinioni, condividere le responsabilità ed a organizzare adeguatamente i loro compiti, per provare a contribuire alla riduzione dell'attrito e della tensione all'interno della famiglia. Un approccio più equilibrato di accoglimento può essere vantaggioso per entrambi i genitori.

Per quanto concerne gli aspetti positivi del coinvolgimento paterno, si è visto come le figlie hanno apprezzato in modo positivo i comportamenti di cura paterni, caratterizzati da un incoraggiamento equilibrato, spesso in contrasto con l'ansia e l'eccessiva protezione materna. Quindi la collaborazione tra i carers è un fattore chiave per il percorso di recupero.

Lo scopo del clinico è aiutare i genitori a sviluppare un approccio collaborativo, così che le madri possono essere aiutate e sostenute. In alcuni casi, si verifica, invece, lo scenario opposto, che vede i padri svolgere il ruolo predominante come carer. Il punto cruciale è che, in realtà, entrambi i genitori devono essere coinvolti in maniera collaborativa, coerente e di sostegno reciproco. I padri sono generalmente disposti ad aiutare, ma incerti su cosa fare e perciò è benvenuta una metodologia di risoluzione dei problemi strutturata. Si è osservato infatti che, i padri, rispondono bene se gli viene data la possibilità di apprendere nuove competenze attraverso materiali scritto e metodi strutturati di condivisione delle informazioni e training di formazione. E' necessario incoraggiare attivamente i padri ad essere più coinvolti, infatti sono cruciali nell'aiutare le transizioni psicosociali delle varie fasi di sviluppo (l'adolescenza, l'andare via di casa per svolgere l'università, azione costante di sostegno verso i figli). Il loro coinvolgimento, costante, durante tutta la vita della figlia, può essere fattore protettivo contro lo sviluppo di disturbi alimentari e contribuire a migliorare il funzionamento psico-sociale. In sintesi, coinvolgere i padri è importante per vari motivi, come ad esempio, per ridurre la tendenza materna all'eccesso di protezione, ridurre la critica alle aspettative realistiche percepite a riguardo; lo sviluppo di una comunicazione positiva; promuovere un attaccamento paterno sicuro.

16) Come ha influenzato il DCA il clima familiare? 17) Come hanno reagito i membri della famiglia al manifestarsi del DCA?

Anche in questo caso, ho unito le due domande perché, le risposte ottenute hanno evidenziato, in entrambi i casi, delle reazioni molto negative. Per la domanda numero 16, molte persone hanno scritto come il DCA abbia molto influenzato il clima familiare, in molti casi in modo fortemente negativo (un disastro, un incubo, devastante, liti etc), che in alcuni casi hanno portato ad un vero proprio allontanamento fisico del paziente con DCA dalla famiglia; solo pochissime persone hanno evidenziato come, attraverso una psicoterapia o dei corsi di formazione per i familiari, siano riusciti a trasformare le iniziali crisi familiari, in una risorsa da sfruttare per ricreare un clima familiare migliore. Anche per la domanda numero 17, la maggior parte delle risposte sono state caratterizzate da reazioni emotive negative come rabbia, paura, tristezza, disprezzo, forte preoccupazione etc....ma anche reazioni di distacco e "menefreghismo". Varie, possibili spiegazioni da dare

a questo tipo di reazioni avvenute o che avvengono all'interno delle famiglie mi sono state fornite dal libro sulla cura collaborativa. Ho potuto leggere che le famiglie possono provare tali emozioni o avere certe reazioni perché nutrono delle credenze negative, nei confronti dei disturbi dell'alimentazione (Haigh et al., 2002). Alcuni vedono la malattia come un tratto della personalità non sviluppato da parte del figlio, portandoli ad arrabbiarsi con loro. Inoltre gioca un ruolo molto importante l'ipercoinvolgimento emotivo da parte dei genitori ed in particolare da parte della figura materna; questo include comportamenti come l'auto-sacrificio, l'iperprotettività, dimostrazioni emotive, l'iper-identificazione col paziente, eccessiva esaltazione e preoccupazione per il paziente. I membri della famiglia con livelli alti di emotività (EE) tendono a rimanere bloccati in circoli viziosi negativi. Al contrario, livelli di EE bassi, permettono ai familiari, di restare fuori o allontanarsi da questo circolo. In più, i familiari con alti livelli di EE, comunicano meno bene con il loro familiare "malato", in quanto parlano di più ed ascoltano meno efficacemente, utilizzando meno tempo a comprendere il paziente. Familiari con bassi livelli di EE sono più preparati ad ascoltare, inoltre, i familiari con alti livelli di EE tendono ad essere più invadenti socialmente, mentre coloro i quali hanno EE bassi tendono ad essere più supportivi (Kuipers et al., 1983). Studi effettuati sul livello di stress accumulato da parte dei familiari (Blair et al., 1995), hanno evidenziato come, l'ipercoinvolgimento sia correlato alla gravità della malattia ed anche al livello di stress; quindi, l'emotività espressa è correlata in parte alla gravità ed alla durata della malattia e produce una risposta iperprotettiva.

Ho poi ritenuto interessante, riportare come la malattia abbia un impatto emotivo diverso sulle madri rispetto ai padri; le madri esprimono livelli più alti di criticismo ed ostilità, ma gli stessi comportamenti, adottati dai padri, seppur con un livello di intensità minore, influiscono sugli effetti della prognosi. L'equipe del Maudsley Hospital propone varie tecniche e metodi per affrontare e gestire al meglio il coinvolgimento emotivo, in modo da apportare dei benefici anche al familiare che presenta un DCA. Insegnano alle famiglie i principi del modello tran-teoretico del cambiamento e dell'intervista motivazionale sia per un aiuto verso la figlia/ il figlio malato/o sia per loro stessi, per migliorare i loro comportamenti verso la malattia. L'ascolto riflessivo abbinato all'empatia, è una delle abilità da sviluppare richieste ai genitori. Questi aspetti rendono il familiare in grado di gestire i comportamenti difficili che può presentare nel tempo il figlio con DCA. Per aiutare i genitori a gestire le loro reazioni emotive, si possono utilizzare strategie come la TCC, o altre come la compassionevole mind o il mindfulness. La frequentazione di seminari o di day hospital da parte dei genitori, gli permette di attivare collegamenti con altre famiglie, questo fa sì che la condivisione delle esperienze può modificare il tono emotivo, passando dalla vergogna e dal senso di colpa, a divertimento e gioia. Inoltre per spiegare alcuni circoli viziosi che si possono creare tra i carers ed il loro familiare (in particolare in soggetti con anoressia nervosa) viene utilizzato il Five Areas Assessment Model (Modello di Valutazione a Cinque Aree) di Williams (2001). Il modello racchiude tutte le situazioni innesche che attivano pensieri, sentimenti, sintomi fisici, comportamenti alterati. Un fattore ulteriore, che influisce negativamente sul clima familiare, può essere la scarsa intelligenza emotiva di un genitore, il quale ha etichettato come influenti, privi di valore o negativi determinati traumi, perdite o distacchi che possono aver portato il figlio a vivere situazioni di stress emotivamente negative. Ciò che viene fatto è quello di aiutare i genitori a sviluppare una posizione emotiva giusta da cui riconoscere e prendere coscienza delle loro risposte emotive, potendo essere riflessivi piuttosto che impulsivi. Le tecniche base cognitivo comportamentali come la pianificazione e la definizione degli obiettivi, possono aiutare a uscire dal circolo vizioso. Si usa la scrittura di lettere per aiutare la famiglia a riconoscere i problemi e le difficoltà della situazione attuale, in modo da sfogare ed esplorare le emozioni ed incoraggiare una risposta riflessiva che possa aiutare a disinnescare la situazione. Un altro suggerimento per le famiglie è quello di aiutarle a rompere il circolo di evitamento nei confronti del familiare. Per fare ciò, i carers devono imparare ad essere consapevoli delle proprie emozioni imparando che, invece che essere sopraffatti da esse, dovrebbero pensare a modalità di risposta assertive alla situazione. Inoltre le madri possono sentire di essere carenti nella loro capacità di essere madri, portandole ad avere un comportamento ancora più protettivo nei confronti del familiare con DCA. Questa modalità di iperprotezione ha due pericoli. Il primo, porta ad un rinforzo anoressico conducendo la/il figlia/figlio ad essere incapace di svolgere dei compiti di autoefficacia, rifugiandosi ancor di più nei genitori, portando ad un circolo vizioso di dipendenza, che prende il nome di accudimento compulsivo. Per venire incontro a tali disagi, è utile concentrare l'emozione sulla malattia piuttosto che sulla propria figlia. Un altro intervento utilizzato per rompere questi circuiti è quello di far sì che la famiglia provi a programmare attività piacevoli non

anoressiche; si spronano i genitori ad utilizzare del tempo per ascoltare la figlia usando le abilità dell'ascolto riflessivo. Un'ulteriore tecnica utilizzata è quella dell'intervista motivazionale, che aiuta il genitore ad affrontare le resistenze invece che contrastarle e correggerle. Mentre l'ascolto riflessivo è utile per far comprendere che è importante ed utile ascoltare sentimenti relativi al cibo, al peso, alla forma, piuttosto che discutere del contenuto evidente, si insegna ad avere empatia e ad eludere un argomento invece che e confrontarsi e sfidarsi su credenze anoressiche. Si incoraggiano i genitori a passare del tempo a discutere tra di loro su come gestire l'anoressia nervosa, in modo da valutare realmente se le cure che stanno offrendo sono eccessive o soffocante (è necessario che le cure sia abbastanza buone, piuttosto che eccessive o carenti). I genitori inoltre, devono valutare il rischio ed il livello motivazionale della persona con DCA da una scala che va da 0, cioè nessun rischio, a 10, ovvero alto rischio. Una volta individuato il rischio, è utile attraverso il problem solving individuare una strategia, una soluzione abbastanza sicura, anche coinvolgendo figure esterne come terapeuti medici o amici o persone di supporto alla famiglia.

Nella bulimia nervosa, il miscuglio di emozioni negative abbinate ad abbuffate, vomito e comportamenti compulsivi, oppositivi associati, provocano nel carer reazioni di rabbia, disgusto e vergogna. In soggetti che presentano un disturbo di anoressia nervosa, la causalità, ovvero le idee sulle possibili cause che hanno fatto sorgere il disturbo alimentare, evidenziano come le famiglie, spesso, si sentano in colpa per aver causato l'anoressia nervosa. Questo comporta una varietà di emozioni negative come la colpa, la sconfitta, la paura oppure, vergogna, rabbia e disgusto. Alcuni genitori arrivano a pensare che è facile, per la persona con anoressia nervosa, decidere di mangiare e curarsi, o abbinare i sintomi a tratti della personalità, pensando che questi siano controllabili; questo tipo di credenze generano criticismo e ostilità o interazioni disfunzionali. Perciò, un obiettivo del lavoro con i carers prevede che si vada a sviluppare un modello bilanciato della malattia, in cui vi siano aspettative realistiche per il cambiamento, anche perché la concezione, probabilmente più errata, che sia ha nelle famiglie è che la persona con anoressia nervosa, abbia volutamente scelto il problema, mentre, per queste persone, è difficile sapere quello che vogliono, loro sono sicuri solo della relazione con il cibo. Quindi, presentare questi aspetti, e portarli alla conoscenza della famiglia, porta ad avere convinzioni più realistiche sulla patologia stessa del proprio familiare. I carers poi sono terrorizzati dai pericoli per la salute fisica e psicologica e questo può generare, in loro, rabbia e paura, che spesso diventano esagerate e condivise con i figli stessi; tale atteggiamento impoverisce la resilienza della famiglia, ed i genitori sviluppano livelli clinici di depressione ed ansia (le emozioni negative o l'evitamento emotivo alimentano l'anoressia nervosa). Un'ulteriore difficoltà per i genitori è quella che li vede, con il tempo, perdere quel tipo di persona che avevano conosciuto un tempo, ritrovandosi a vivere con un figlio quasi sconosciuto a loro. In questa situazione, il compito del terapeuta, è quello di aiutare la famiglia ad interpretare questa perdita ed a controbilanciarla con la speranza e l'ottimismo, attraverso una revisione positivo della situazione vissuta; si cerca di aiutare i carers a rianimare la loro relazione con la persona con un disturbo alimentare, così che le ambiziose idee immaginate nel passato, siano rimpiazzate da obiettivi reali, che vengono stabiliti in un certo lasso di tempo. Per fare questo vengono utilizzate varie tecniche, come la scrittura reciproca sul significato della relazione.

Purtroppo, il disturbo alimentare spesso diviene il punto centrale della famiglia, e così, le relazioni familiari e le attività vengono sospese. In parte questo è dovuto all'accudimento iperprotettivo, svolto soprattutto dalla madre, che dedica gran parte delle sue attenzioni verso la figlia, nel tentativo di supportare e preoccuparsi di questa, ed in parte dalle condizioni che si vengono a creare all'interno della famiglia dettate dalla figlia stessa, che in un certo modo, può contribuire a far cambiare molti degli aspetti pratici usuali (ad esempio non utilizzare la cucina in determinate orari del giorno, smettere di invitare amici, fare km di strada per comperare determinati prodotti); la famiglia potrebbe essere ricattata o sentirsi vittima dei ricatti; in questi casi, compito della famiglia, è quello di comprendere come non sia funzionale tale comportamento, in quanto può essere un fattore di mantenimento del disturbo e allo stesso tempo è importante rivedere queste modalità disfunzionali, riprendendo il controllo delle attività familiari, senza farsi condizionare dalle difficoltà della persona con DCA.

Un altro argomento che più volte ho incontrato nei vari capitoli letti è l'importanza di includere i fratelli o le sorelle nel trattamento, per offrirgli la possibilità di esprimere le loro emozioni ed esperienze o spiegare i

sentimenti che sottostanno ai comportamenti odiosi del familiare con DCA (ad esempio la sorella). I fratelli possono essere molto utili in quanto possono creare una sorta di ponte di riconnessione tra il mondo esterno e la sorella con dca, promuovendo relazioni non disfunzionali (andare al cinema, telefonare agli amici, fare una passeggiata insieme, etc). Spesso i genitori riversando tutte le attenzioni sulla figlia o comunque sul componente della famiglia con il disturbo dell'alimentazione, dedicando meno tempo per gli altri componenti della famiglia come i figli. A volte succede che i fratelli potrebbero sentirsi trascurati dai loro genitori facendoli sentire arrabbiati, portandoli ad uno sviluppo prematuro, che li può portare ad andarsene di casa prima del tempo, oppure sentirsi imbarazzati perché, a differenze della sorella o fratello con DCA, sono riusciti a portare a termine tutte le tappe prefissate in precedenza (studi, matrimonio, figli, etc). Il non coinvolgere i fratelli nel trattamento potrebbe portarli a distanziarsi dalla problematica della malattia, invece, come scritto in precedenza è opportuno che vengono apprese delle tecniche di gestione del tempo in famiglia, per programmare momenti "sani", ponendo l'attenzione su altre argomenti e attività da svolgere. E' utile, inoltre, chiarire alcune di queste reazioni emotive e se possibile svolgere una azione di riavvicinamento tra i fratelli, per aiutare la sorella con DCA ad uscire dall'isolamento sociale e dall'evitamento.

18) E' stato cercato aiuto professionale? Se si come e per chi?

Tutte le risposte hanno avuto esito positivo; in molte di queste non si specifica, in modo chiaro, per chi è stato richiesto l'aiuto, ma si comprende, comunque, che era necessario per chi presentava o presenta un DCA. L'aiuto è stato richiesto direttamente dall'interessato al problema, oppure è stata la famiglia a comprendere che le condizioni della figlia non erano salutari, tanto da chiedere un sostegno per questa. Le dirette interessate o le famiglie si sono rivolte a specialisti del settore; si tratta di psicologi, psicoterapeuti, medici, nutrizionisti, psichiatri, o strutture specializzate in DCA.

19) Quali sono state le consapevolezza acquisite e le difficoltà più grandi da affrontare?

Tra le difficoltà da affrontare o affrontate(riporto qui alcuni esempi: Essendo in una fase iniziale, la cosa più difficile per me è guardarla stare male e pensare che non riesco a fare nulla per aiutarla; le difficoltà... I miei errori; ho capito che avevo tanta paura, rabbia e senso di abbandono dentro di me. Ho imparato che è meglio esprimerle sempre (le emozioni) anche se a volte faccio ancora fatica). Le difficoltà erano affrontare le emozioni; ridurre il cibo mangiare sano; il peso e mangiare normalmente; non posso farcela da sola. La difficoltà più grande: la gestione di affetti ed emozioni; difficoltà nell'accettare il problema, fatica nello stare dentro al lungo nel periodo del cambiamento), ho notato che ci sono ancora persone (nella quasi totalità si tratta di ragazze o donne) che hanno difficoltà nel superare il disturbo alimentare o cmq ci sono degli aspetti specifici sui quali lavorare; interessante è stato notare, che in queste risposte, uno degli aspetti più rilevanti è stato o è il ruolo centrale della gestione delle emozioni, e come alcune abbiano compreso che è bene esprimerle, senza magari trattenerle come fulcro di mantenimento del disturbo. Poi, ci sono i commenti delle madri, che evidenziano il loro stato di ansia, insicurezza e paura per le condizioni della figlia, ed anche questo, se non affrontato è un ulteriore elemento "esterno" per mantenere un DCA.

Una risposta alla domanda è stata ben specifica e inconsueta rispetto, alla tipologia di risposte fin qui lette, e si riferisce ad una problematica ben specifica, della quale ne ho scritto in precedenza, che è quella di una notevole distanza delle strutture idonee al trattamento del disturbo alimentare. Anche a causa di ciò, dopo un iniziale entusiasmo, la persona con DCA abbandona il trattamento.

Poi ci sono varie risposte, che mostrano come, lo sconforto ed il pessimismo, abbiano lasciato spazio alla speranza ed a pensieri e convinzioni positive rivolte ad una buona risoluzione della patologia, anche se con alti e bassi (immagino che le persone che hanno fornito queste risposte, abbiano svolto o stiano svolgendo terapie specifiche, di gruppo o partecipazioni a seminari e convegni, in grado di fornirgli gli strumenti più idonei, per affrontare un DCA). Credo che già l'accettazione della stessa malattia, sia da parte del diretto interessato che da parte della famiglia, e la capacità di non farsi sopraffare dall'angoscia, dalla paura e dai

sensi di colpa,, sia un iniziale, buon viatico, per una gestione e convivenza migliore e più lucida del disturbo alimentare (qui riporto alcuni esempi di risposte: capire che è una malattia e non è colpa ne nostra ne di mia figlia. Continuare ad andare avanti e trovare un equilibrio in questa situazione; La consapevolezza dei miei di aver sbagliato qualcosa e la difficoltà di cambiare; L'importanza della comunicazione, delle PAROLE e dei gesti. Mai dare niente per scontato e portare molta attenzione a tutto, anche alle piccole cose che sembrano scontate. Imparare a non giudicare e a capire quanto sia difficile il cambiamento. Imparare a chiedere scusa e non farsi schiacciare dai sensi di colpa).

A tale proposito, altre informazioni e spunti utili, li ho letti in uno dei libri (La cura collaborativa nei disturbi alimentari, guida per il clinico), nel quale ho appreso che, i genitori, compagni, fratelli/sorelle o comunque una persona che è molto vicina al soggetto con DCA e che si occupa della sua condizione di salute psico/fisica, durante tutto il periodo di insorgenza del disturbo stesso, svolge un compito non facile, nel restargli accanto, a causa delle difficoltà che si riscontrano nella vita quotidiana, che vanno dai pasti, al sonno, al lavoro, alla vita sociale. Sinteticamente gli aspetti negativi per i genitori riguardano la frustrazione nel vedere un figlio che, inizialmente, fa un passo avanti, verso la guarigione, ma subito dopo ne fa due o tre indietro, perché spesso, almeno inizialmente, non riesce ad avere un equilibrio nel mantenere gli obiettivi raggiunti. Stati d'animo quali ansia, paura e depressione sono presenti in quanto non si sa mai quando un nuovo contrattempo arriverà e se capiterà, mantenendo il soggetto in un costante stato di tensione e pensiero negativo. Colpa ed impotenza possono essere presenti in quanto i genitori spesso si sentono in colpa in quanto non sono riusciti a tutelare il proprio figlio o addirittura si sentono colpevoli nell'aver causato loro la malattia. Un altro aspetto può essere l'isolamento e la solitudine, che spesso, accompagnano i carers (la persona che si occupa maggiormente delle condizioni della figlia o figlio con un DCA, spesso sono i genitori, e più nello specifico, le madri), i quali, a loro volta, rinunciano a molti dei loro bisogni ed attività, per stare accanto al paziente. C'è poi una mancanza di informazioni e riservatezza, in quanto, soprattutto con i pazienti che hanno raggiunto la maggiore età, è difficile avere notizie concrete dal terapeuta per via della privacy. Lo stigma sociale è un altro elemento ricorrente, in quanto spesso i genitori si sentono giudicati rispetto alle loro capacità di prendersi cura dei figli

Tuttavia...questi riportano anche esperienze positive.. ad esempio provano un senso di soddisfazione quando si osserva un miglioramento nel paziente. La vicinanza nel vivere e condividere la battaglia con il paziente, spesso crea una forte alleanza tra carers e la persona con DCA. Sviluppano nuove abilità e forze, perché di fronte a tanta sofferenza e fatica, il carer può scoprire personali qualità nascoste, che danno nuova fiducia e stimolo per aiutare gli altri, sia a livello personale che professionale. La nascita di nuove amicizie, in quanto condividere con gli altri genitori e carers gli alti e bassi della malattia, le proprie esperienze terapeutiche, può far nascere legami di amicizia ben solidi.